

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

L'OPÉRATION DE LAMORIER-DESAULT
AUTREFOIS ET AUJOURD'HUI (1)

Par Pierre SEBILEAU

L'histoire du traitement des suppurations du sinus maxillaire est assez curieuse. Si je ne craignais de la résumer d'une manière un peu schématique, je dirais que, du milieu du xvii^e siècle jusqu'à nos jours, cette province limitrophe qu'on dénomme le sinus maxillaire a, successivement, fait partie du domaine des chirurgiens, des dentistes et des rhinologistes.

La période des chirurgiens. — Il n'y avait pas encore bien longtemps que Nathanael Higmore (1613-1685) avait décrit le sinus maxillaire (2) déjà entrevu par André Vésale (1514-1564), Bartolommeo Eustachi (?-1574) et Casserius (1545-1616), qui lui avait donné le nom d'« antre de la joue », quand, après Jean-Henry Meibomius (Meibomius le grand-père), les chirurgiens commencèrent à diagnostiquer et se mirent à traiter les suppurations de cette cavité.

C'est, en effet, Jean-Henry Meibomius (1580-1655) qui eut l'idée d'ouvrir et de drainer l'antre d'Higmore par la simple avulsion d'une molaire, et c'est Henry Meibomius, Meibomius le fils (1638-1700), le plus célèbre des trois Meibaum (il était le père de Brandanus Meibomius, 1678-1740) qui, long-

(1) Communication à la Société d'odontologie, avril 1905.

(2) NATHANAEL HIGMORUS. — *Corporis humani disquisitio anatomica*, p. 226, *hagæ comitis ex officina Samuelis Brown Bibliopolæ anglici*, Paris, 1651.

temps après la mort de son père, publia la méthode ⁽¹⁾ qu'ils avaient ensemble appliquée au traitement des suppurations du sinus maxillaire : « Le pus du sinus maxillaire, écrit Henry Meibomius, s'achemine vers les dents et en corrode les racines; par l'extraction de ces dents on ouvre une voie au pus. Ce traitement est connu de peu de médecins; mais il s'appuie sur la raison et l'expérience. Mon père l'a employé avec succès; moi-même je l'ai appliqué sur une jeune fille de qualité. »

On ne sait si c'est au médecin anglais James Drake (1667-1707), anatomiste et publiciste anglais, ou bien au célèbre chirurgien et anatomiste anglais William Cowper (1666-1709), que revient le mérite d'avoir songé, quand l'extraction de la dent n'entraînait pas la destruction du plafond alvéolaire, à effondrer ce plafond et à pénétrer dans le sinus par une véritable effraction; mais, étant donné que la plupart des planches ⁽²⁾ contenues dans « l'*Anthropologie nouvelle* » de Drake ⁽³⁾ sont copiées dans l'anatomie iconographique de Cowper ⁽⁴⁾, il paraît raisonnable d'attribuer à ce dernier la priorité de l'opération. Si, comme le pense Bordenave ⁽⁵⁾, « l'on ne peut contester à Cowper l'avantage de s'être expliqué très clairement et d'avoir proposé expressément la perforation de l'avéole quand celle-ci n'est point détruite », il faut cependant reconnaître que Jourdain ⁽⁶⁾ s'est trompé quand il

(1) HENRY MEIBOMIUS. — *De Abscessuum internorum naturâ*, Articulus V, t. 99 (*Mélanges*), p. 114. Apud Joh Jacobi Winckleri vidua. Dresdae et Lipsiae, 1718.

(2) A. DECHAMBRÉ. — Art. James Drake in *D^r Encyclop. des sc. médic.*, T. 30, p. 561, chez Masson, Paris, 1884.

(3) JAMES DRAKE. — *Anthropologia nova, or a new system of Anatomy*. Third édition, vol. II, p. 311, Printed for W and J. Innys. London, 1727, 2 vol. avec atlas.

(4) WILLIAM COWPER. — *The anatomy of human body*. Oxford, 1698. (Je n'ai pas pu me procurer le traité de William Cowper.)

(5) M. BORDENAVE. — *Précis d'observations sur les maladies du sinus maxillaire*. *Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, t. IV, p. 339, chez Le Prieur, Paris, 1778.

(6) M. JOURDAIN. — *Traité des maladies et des opérations réellement chirurgicales de la bouche*, t. II, p. 40, chez Valleyre l'aîné, Paris, 1778.

a écrit : « Cowper a mérité la préférence sur Drake en ce qu'il ajouta à la méthode de ce dernier la nécessité de la perforation des alvéoles de laquelle Drake n'avait point parlé. »

James Drake est, au contraire, très explicite : « Quand j'ai enlevé la première dent molaire, dit-il, et qu'il n'existe pas entre l'avéole de cette dent et l'ancre de la joue la communication que j'ai observée dans un certain nombre de cas, je perfore le fond de l'avéole avec un instrument approprié ». Ce « convenient instrument » de James Drake, c'est, d'après Heister ⁽¹⁾ (1683-1758), une certaine clef « sive acuminatum, sive cuspidis ».

Au surplus, la question de priorité pendante entre les deux anatomistes anglais serait, au dire de Jourdain ⁽²⁾, tranchée par l'intervention antérieure d'un médecin allemand, Balthasar Schulze (1569-1627) dont Haller rapporte, dans ses dissertations anatomiques, une intéressante observation. Mais Jourdain n'est pas un historien heureux. L'observation à laquelle il fait allusion, et qui est, en effet, rapportée par Sébastien Reininger ⁽³⁾, dans les œuvres de Haller, est celle d'un jeune centurion dont Schultius raconte qu'il fut guéri d'une sinusite maxillaire aiguë (d'après le diagnostic rétrospectif qu'on en peut faire aujourd'hui) par un certain Dr Hoffmann qui lui fit prendre des boissons chaudes, des fomentations et des poudres sternutatoires ⁽⁴⁾.

(1) LAURENT HEISTER. — *Institutiones chirurgicæ pars secunda, caput LXXII*, par. 7, p. 622, chez Jaussonio Woesbergros, Amsterdam, 1750.

(2) H. JOURDAIN. — *Loco citato*, p. 41.

(3) SÉBASTIANUS REININGER. — *Dissertatio inauguralis de cavitatibus osis capitis, in disputationum anatomicarum selectarum de Galbertus Gallerus*, vol. III, p. 32, chez Abram Vædenhoeck Gottinge, 1748.

(4) Schultius raconte donc un jour à Reininger qu'un jeune soldat de magnifique apparence fut pris, à la suite d'un refroidissement, de douleurs vives et de symptômes graves. Toutes les médications ayant échoué, le patient fut envoyé par son médecin « ad Carolinas thermas ». En cours de route, le centurion s'arrêta à Magdebourg et consulta le Dr Hoffmann, homme de grande réputation, qui lui conseilla d'avoir bon courage et lui fit suivre le traitement que voici. « Ad calidam secum bibendam invitabat utque vaporem calidum naribus attraheret, hortabatur. Hoc probe facto, multaque jam calida hausta, offe-

Ainsi donc, ni Drake ni Cowper ne furent les imitateurs de Schultius ; mais le doute subsiste, même dans les écrits de leurs contemporains, sur celui à qui revient, des deux anatomistes anglais, le mérite d'avoir inventé la trépanation alvéolaire.

Le grand chirurgien anglais John Hunter ⁽¹⁾ imagina d'ouvrir l'antre d'Higmore par le nez et fit ainsi faire à la rhinologie son premier pas vers le sinus maxillaire. « On peut recourir encore à un procédé, lequel consiste à perforer la cloison située entre le sinus et la fosse nasale correspondante », écrivait-il en 1771, dans son beau traité des maladies des dents ; mais il semble que cette conception soit restée pendant longtemps purement théorique et n'ait été appliquée par aucun médecin de l'époque de Hunter. Puisqu'on dit : « faire une opération de Desault » quand on trépane le sinus maxillaire par la fosse canine, pourquoi ne dit-on pas : « faire une opération de Hunter » quand on ouvre celui-ci par la paroi externe des fosses nasales ?

Nous avons alors accoutumé d'attribuer à Lamorier, maître-ès arts, la première idée et la première exécution de la trépanation sous-jugale du sinus maxillaire. Mais il paraît qu'Antonio Molinetti (mort en 1664), professeur d'anatomie à Padoue, aurait ouvert le sinus maxillaire par la joue, bien avant que W. Cowper et James Drake l'ouvrissent par l'alvéole. Je n'ai pu me procurer de Molinetti qu'une courte brochure où il n'est nullement question de trépanation de sinus ; je n'ai donc pu résoudre cette question de priorité. C'est dans un opuscule de Geist-Jacobi ⁽²⁾ que j'ai vu signalée l'opération de l'anatomiste italien.

rebat pulverem sternutatorium ex melioribus vegetatibus compositum, efficacissimum, quo sumto mox subsequebatur una vel altera sternutatio, quæ mucî tenacissimi insignem copiam, non sine præsentissimo centurionis levamine expellebat, totius quæ mali radices ita succidebat. »

⁽¹⁾ JOHN HUNTER. — *Œuvres complètes avec des notes*, par G. Richelot, t. II, p. 106, chez Labé et Firmin-Didot, Paris, 1839.

⁽²⁾ G.-P. GEIST-JACOBI. — *Geschicht der Zahnheilkunde*, p. 119, chez Franck Pietzcker, Tubingen, 1896.

C'est donc Louis Lamorier (1696-1777), et non, comme on l'écrivait quelquefois, Lamoirier ou Larmorier, c'est, dis-je, Lamorier, « célèbre chirurgien de Montpellier », qui, le premier, aborda l'antre par une brèche de la fosse canine ⁽¹⁾. Il décollait la muqueuse jugale et « perçait l'os avec une couronne de trépan » sur la face antéro-externe du sinus, « au-dessous de l'éminence malaire, sur cette échancrure concave de haut en bas, convexe d'avant en arrière, qui sépare la fosse canine de la fosse zygomatique ».

En abandonnant la voie alvéolaire que Meibaum lui avait tracée, Lamorier n'avait point envisagé seulement qu'il pourrait, en faisant une nouvelle opération à laquelle l'avait conduit la persistance d'un écoulement abondant et fétide chez une vieille demoiselle dont le sinus avait été ouvert par l'avulsion d'une molaire et de la canine, guérir plus sûrement ses patients ; il avait aussi voulu conserver les molaires « nécessaires à la mastication » et, pour ce réaliser, il avait choisi « un autre lieu de trépanation que les alvéoles » ; aussi, avait-il judicieusement établi pour l'ouverture du sinus maxillaire un lieu de nécessité et un lieu d'élection. Le premier était indiqué par une altération de l'os maxillaire (carie, fistule) ou l'absence d'une ou de plusieurs molaires ; « l'intégrité de la rangée dentaire » commandait l'exécution du second : là c'était la trépanation alvéolaire, ici la trépanation de la fosse canine.

C'est la même raison qui poussa P.-J. Desaut ⁽²⁾ à pratiquer l'opération de Lamorier dont il modifia la technique.

P.-J. Desaut trouvait de son perforatif « la partie inférieure de la fosse canine, y faisait une large ouverture susceptible de recevoir le petit doigt » ; là, disait-il, l'os est moins épais, la profondeur moindre, l'opération plus facile, le pansement plus commode.

Contrairement à Lamorier qui était éclectique, puisqu'il ou-

(1) LOUIS LAMORIER. — Mémoire envoyé en 1743 de Montpellier à l'Académie Royale de chirurgie, analysé par Bordenave, *loco citato*, p. 351.

(2) P.-J. DESAUT. — *Œuvres chirurgicales* exposées par X. Bichat, nouvelle édition, t. II, p. 162, chez Mequignon l'aîné, an IX, Paris, 1801.

vrait simplement le sinus par l'alvéole quand les dents étaient cariées, Desault ⁽¹⁾ faisait, dans tous les cas, une véritable trépanation chirurgicale ; si les dents étaient saines, il les conservait et faisait brèche dans la fosse canine ; si elles étaient malades, il en pratiquait l'extraction ; mais il estimait que « l'ouverture qui résultait de cette extraction était constamment insuffisante, qu'il fallait toujours intéresser l'os dans une plus grande étendue », et « il détruisait, par des mouvements de rotation du perforatif, la portion de mâchoire comprise entre l'alvéole et l'ouverture ».

Le baron Boyer (1757-1834) ⁽²⁾ jugea que ni l'opération de Lamorier, ni l'opération de Desault n'atteignait la « partie déclive » du sinus maxillaire ; et il attribua à la défectueuse topographie de la trépanation de ses devanciers « la fréquente fistulisation de l'ouverture qu'ils pratiquaient de cette manière ». Aussi modifia-t-il le procédé de chacun d'eux et réalisa-t-il une opération plus complète et plus large.

Lamorier avait comme objectif, la conservation des molaires saines. Desault avait comme objectif, d'abord la réalisation d'une opération qu'il estimait plus complète que la trépanation alvéolaire, et, accessoirement, la conservation des molaires saines. Le baron Boyer n'en eut plus qu'un : faire une intervention très large, tout à fait radicale, sans souci des dents qu'il sacrifia pour assurer l'étendue et la déclivité de la brèche sinusale. Le premier trépanait sous l'éminence malaire ; le second sur la partie inférieure de la fosse canine ; le troisième trépana au niveau du bord alvéolaire.

Boyer enlevait donc les dents cariées, ou, systématiquement, s'il n'y en avait pas, la troisième et la quatrième molaires (1^{re} et 2^e grosses molaires), « celles dont les alvéoles correspondent au milieu de la partie la plus basse du sinus », isolait par quatre incisions, deux longitudinales et deux verticales, les gencives couvrant la portion du bord alvéolaire à percer, de manière à énerver cette zone et à la pouvoir atta-

(1) P.-J. DESAULT. — *Loco citato*, p. 159 et 160.

(2) Le BARON BOYER. — *Traité des maladies chirurgicales*, t. VI, p. 152, chez Migneret, Paris, 1822.

quer, sans douleur pour le malade, par deux trépan perforatifs qui y faisaient une brèche de la largeur du petit doigt au moins.

Avant Desault et avant Philippe Boyer, du reste, des chirurgiens étaient venus qui, entraînés par quelque fistulisation anormale d'une suppuration antrale, avaient largement ouvert le sinus maxillaire. Bordenave ⁽¹⁾ en rapporte plusieurs observations, qu'un peu d'attention démontre ressortir presque toutes à des cas de nécrose plus ou moins étendue de la mâchoire supérieure compliquée d'empyème hignorien. Ainsi Coutavoz, en 1750, ouvrit un gros abcès palatin « accompagné d'une telle destruction de l'os qu'il introduisit aisément le doigt dans le sinus » (guérison en 30 jours). Beaupréau, en 1761, ayant à traiter une suppuration du sinus avec ostéite du plancher, « coupa avec un bistouri le bord alvéolaire, depuis la petite incisive jusqu'à l'avant-dernière grosse molaire et emporta ainsi les dents et cette portion de l'os ». Bourdet, dentiste du Roi, en 1764, ayant examiné un malade dont le sinus « était fort dilaté et ramolli », ouvrit celui-ci en grand et fit par les alvéoles une incision en V dont la pointe était dirigée vers le haut. Bertrandi (de Turin), dans un cas de sinusite compliquée de phlegmon de l'orbite et de la joue et déjà ouverte sous le bord orbitaire de la mâchoire supérieure, « introduisit par celui-ci un perforatif long et étroit recouvert de cire par la pointe, qu'il porta le plus perpendiculairement qu'il put contre la paroi intérieure de l'os maxillaire jusque sur la surface palatine de cet os contre laquelle il avait fortement appliqué deux doigts de la main gauche, et il perfora ainsi entre deux dents molaires supérieures », ce qui permit de « pourvoir ensuite à l'exfoliation des caries ».

La période des dentistes. — Toutes ces interventions étaient des interventions de nécessité ; elles étaient, pour ainsi dire, commandées par l'apparition de quelque abcès périsinusal et la formation d'un foyer d'ostéite nécrosante ; jamais opérations ne parurent plus justifiées.

L'antré d'Higmore n'allait cependant pas tarder à passer

(1) BORDENAVE. — *Loco citato*, p. 362 et suivantes.

dans le domaine des praticiens de l'art dentaire. Devant ce qu'il appelait ces « destructions outrées et sans nécessité », Valaterus écrivait que le « trépanement des sinus était l'opprobre de la chirurgie », et Jourdain ⁽¹⁾, dans son beau traité des maladies de la bouche, tout en trouvant que le « très estimable Valaterus » jugeait les choses avec un peu de sévérité, conseillait, « plutôt que de pratiquer une ouverture artificielle, d'injecter et de sonder les sinus maxillaires par leur ouverture dans le nez ».

C'était le second pas de la rhinologie vers le sinus maxillaire; et ce pas, c'est un dentiste qui le lui faisait faire.

Le traitement nasal des suppurations naso-maxillaires n'eut cependant aucun succès; il offrait pour la pratique commune de trop grandes difficultés; mais la méthode de Lamorier-Desault n'allait pas résister longtemps aux critiques dont elle avait été l'objet, et, des mains du chirurgien, la cure de la sinusite maxillaire allait bientôt tomber dans les mains du dentiste.

Certes, la chirurgie dentaire était peut-être, à cette époque, la moins avancée de toutes les branches de guérir; elle était encore, comme dit Thomas Bell ⁽²⁾, livrée à des « manœuvres ignorants »; mais le grand Hunter venait d'écrire son traité des maladies des dents et d'imprimer à la dentisterie une orientation scientifique.

Ce fut même une curieuse évolution que celle qui se produisit alors.

En pratiquant une trépanation étendue, Desault et Boyer avaient envisagé la guérison rapide et radicale de leurs malades par évacuation copieuse et temporaire du pus. « Un fragment de plus enlevé à la mâchoire n'est rien pour la guérison, disait Desault ⁽³⁾, et c'est beaucoup pour elle qu'une libre issue au pus dont le séjour entretenait la maladie; on trouve aux

⁽¹⁾ M. Jourdain, dentiste. — *Traité des maladies et des opérations réellement chirurgicales de la bouche*, t. 1^{er}, p. 43, chez Valleyre, Paris, 1778.

⁽²⁾ T. BELL. — *Introduction au Traité des dents humaines* de J. Hunter, loco citato, p. 13.

⁽³⁾ J. DESAULT. — *Loco citato*, p. 160.

grandes ouvertures l'inconvénient de se fermer trop tard ; mais l'expérience prouve, au contraire, que ce n'est qu'aux petites que ce reproche est applicable. » Et le baron Boyer ⁽¹⁾ écrivait : « On ne doit pas perdre de vue que le succès de l'opération dépendant du libre écoulement de la matière purulente, on ne saurait donner trop de largeur à l'ouverture par laquelle elle doit sortir. Nous insistons sur ce point parce que nous n'avons jamais vu résulter d'inconvénients d'une large perforation et que nous avons vu l'ouverture pratiquée au sinus devenir fistuleuse précisément parce qu'elle était trop petite. » Hunter lui-même, auquel rien n'avait échappé, avait pressenti cette évolution cicatricielle des trépanations rétro-labiales du sinus maxillaire. « Ce point, disait-il, a plus de tendance à se cicatriser », et, « on account of the difficulty of maintaining such an aperture, he still inclined to the practice of drawing one of the teeth ⁽²⁾. »

Or, c'est précisément cette guérison rapide des orifices de trépanation, si recherchée de Desault et de Boyer qu'elle était proprement le but de leur méthode, qu'on ne tarda pas à invoquer contre elle. Il y eut à cela plusieurs raisons : la première, c'est que la trépanation chirurgicale n'était alors suivie d'aucun curettage des fongosités et que, très certainement, à côté de quelques cures impressionnantes, elle devait produire des récidives par rétention derrière le rideau cicatriciel de la gencive ; la seconde, c'est que l'étroitesse des orifices résultant de l'opération de Meibaum et de Cooper et l'insuffisance de l'évacuation qu'ils étaient capables d'assurer avaient déjà habitué les praticiens à la nécessité d'une brèche permanente. Cette notion se trouve très nettement formulée déjà dans le mémoire de Bordenave ⁽³⁾ (1768), qui, sur ce point, semble avoir échappé à l'influence qu'auraient pu exercer sur son esprit plusieurs observations rapportées par lui de guérison définitive et sans fistule, après évacuation large et temporaire du contenu du sinus.

(1) LE BARON BOYER. — *Loco citato*, p. 150.

(2) SAMUEL COOPER. — *A dict. of practical surgery*, fourth édition, chez Thomas Davison, London, 1822, p. 178.

(3) BORDENAVE. — *Loco citato*, p. 347.

« Il ne suffit pas, dit-il, d'avoir fait une ouverture ; il faut toujours l'entretenir dans un degré convenable ; on emploie à cette fin des corps dilatants ; si on cesse de faire usage de ceux-ci, l'ouverture se rétrécit et quand les matières sont abondantes, comme elles coulent avec moins de facilité, elles produisent de la douleur et quelques autres accidents. Pour éviter ces inconvénients, la canule d'argent paraît convenable... » Et c'est ainsi, par la nécessité supposée d'un orifice durable d'évacuation continue ou discontinue, que le traitement des suppurations antrales se réduisit bientôt à l'étroite trépanation du dôme alvéolaire suivie d'un drainage permanent. Et cette croyance à la nécessité de maintenir un « état de fistule », devint telle qu'elle conduisit, dit L. Sardaillon ⁽¹⁾, quelques praticiens, Ruffel, Hesse et Weinhold, à passer un sétou au travers du sinus et de la voûte, « in the most absurd and unscientific way » (S. Cooper) ⁽²⁾.

Ainsi s'établit peu à peu, par le besoin du drainage continu du sinus maxillaire, l'influence prépondérante de la dentisterie dans le traitement des suppurations antrales, drainage qu'elle n'allait pas tarder à devenir seule capable d'effectuer proprement.

Thomas Bell imagina, je crois, le premier tube sinusien ; c'était un bouchon de bois qui, mis en place, empêchait la pénétration des aliments dans le sinus et permettait, quand on l'enlevait, d'irriguer la cavité par l'orifice dont il assurait la béance. En 1743, Foubert, chirurgien de la Charité, fit usage d'une « canule de plomb ». On peut, dit Bordenave (p. 347), employer les corps dilatants, les cordes de boyaux, l'éponge préparée, mais il faut leur préférer la « canule d'argent dont l'ouverture est toujours la même, qui permet l'écoulement libre des matières et l'introduction aisée des médicaments et qu'il faut seulement boucher dans le temps des repas ». Deschamps ⁽³⁾ et Samuel Cooper ⁽⁴⁾ parlent d'assurer la béance de

(1) L. SARDAILLON. — *Des maladies du sinus maxillaire*. Th. agr. chez Gros, Paris, 1844.

(2) S. COOPER. — *Loco citato*, p. 180.

(3) DESCHAMPS. — *Traité des maladies des fosses nasales et de leurs sinus*, 8 vol. p. 231, Paris, 1804.

(4) S. COOPER. — *Loco citato*, p. 179.

l'ouverture alvéolaire par une pièce de sonde en gomme élastique ou une canule en argent fixée sur une dent voisine.

C'est en vain que Boyer écrivit que de semblables appareils ne peuvent être utiles que lorsqu'on n'a pas fait une ouverture assez grande. Le drainage tubo-alvéolaire de l'antre d'Higmore triompha de la trépanation large. Qui ne sait le copieux usage qu'on a fait de ce drainage depuis une centaine d'années, et non d'ailleurs sans qu'il ait rendu de grands services ? Les appareils qu'on a imaginés pour en assurer le fonctionnement sont extrêmement nombreux. Regard ⁽¹⁾ les divise en trois catégories. Les premiers sont de simples bouchons pleins qui pénètrent dans la brèche alvéolaire d'où on les extrait au moment de l'irrigation du sinus. Les seconds sont des tubes creux de différents systèmes adaptés à des plaques bases qui prennent attache sur une dent voisine. Ces tubes sont munis d'un appareil obturateur qu'on enlève à volonté (dent mobile, clapet, broche, cheville, tube intérieur, etc.). Les troisièmes sont aussi des tubes creux pourvus, comme les précédents, d'un mécanisme obturateur ; mais ils diffèrent de ces derniers en ce qu'ils sont munis extérieurement d'un pas de vis qui permet de les fixer dans une alvéole sans avoir recours à une plaque palatine.

La période des rhinologistes. — Heister ⁽²⁾ pensait que l'incurabilité des maladies du sinus maxillaire venait de la « difficulté de faire évacuer le pus par l'ouverture naturelle du sinus » en raison de la « disposition élevée de cet orifice ».

Dès 1760, Jourdain, s'emparant de l'idée d'Heister, fit, tant sur le cadavre que sur le vivant, des tentatives de cathétérisme du sinus maxillaire, qui, d'après leur inventeur, furent couronnées de succès et présentées en 1763 à l'Académie royale des chirurgiens ⁽³⁾. C'est alors qu'on contesta à Jourdain la dé-

(1) A REGARD. — *Des sinusites maxillaires. Revue trimestrielle Suisse d'Odontologie*, juillet, 1903. Partie française, p. 153.

(2) L. HEISTER. — *Art de ozienna, loco citato*, p. 622.

(3) JOURDAIN. — *Recherches sur les différents moyens de traiter les maladies du sinus maxillaire, et sur les avantages qu'il y a, dans certains cas, d'injecter ces sinus par le nez. Mém. de l'Acad. roy. de chirurgie*, t. IV, p. 357.

couverte dont il venait de « faire hommage à la compagnie aussi célèbre qu'estimée par ses travaux ». Allouel revendiqua pour son père l'honneur d'avoir imaginé le procédé en 1737 et d'en avoir fait en 1739 une heureuse application ; mais il est juste de tenir pour négligeable cette réclamation posthume de priorité qui ne se justifie par aucune publication antérieure et n'a d'autre appui que la « probité et les lumières » du postulant.

Au reste, la méthode de Jourdain n'eut pas une heureuse fortune ; la commission nommée par l'Académie royale des chirurgiens pour enquêter « into the merits of this suggestion ⁽¹⁾ » condamna l'opération. Elle reconnut que quand Jourdain pénétrait dans le sinus maxillaire par les fosses nasales, il faisait une fausse route à travers la paroi interne de l'antre d'Higmore » et, cette lésion lui ayant paru grave, elle proscrivit la méthode.

Que ce jugement porté par les commissaires de l'Académie royale de chirurgie sur les dangers de l'effraction de la paroi externe des fosses nasales soit trop sévère, ainsi que l'écrivent les auteurs du *Compendium de chirurgie pratique* ⁽²⁾, la chose, évidemment, n'est pas douteuse ; mais ce n'est point ici la question. Jourdain pensait que le cathétérisme évacuateur de l'antre d'Higmore était réalisable par les voies naturelles et qu'il le réalisait. Or, il semble bien qu'il ne le réalisait pas.

Et pas davantage n'arrivèrent à vulgariser la méthode ceux qui, plus tard, s'employèrent le mieux à la ressusciter : Garel ⁽³⁾, Hartman ⁽⁴⁾, Stoerk ⁽⁵⁾ et Thoumire ⁽⁶⁾. Le cathétérisme du

⁽¹⁾ SAMUEL COOPER. — *A. Dictionary of practical surgery*, 2^e édit., p. 179, chez Thomas Davison, London, 1832.

⁽²⁾ DENOUVILLIERS ET GOSSSELIN. — *Compendium de chirurgie pratique*, t. III, p. 109, chez Asselin et Labit, Paris, 1852-1863.

⁽³⁾ GAREL. — *Diagn. et trait. des maladies du nez*, 2^e édit., p. 284.

⁽⁴⁾ HARTMAN. — *Deutsche. med. Woch.*, 1889, n^o 10. Voir Luc, *Arch. int. de laryng. et de rhin.*, t. II, 1889, n^{os} 3 et 4, p. 145 et 204.

⁽⁵⁾ STOEK. — 59^e réunion des médecins allemands, 20 sep. 1886. Voir Luc, *Arch. de Laryng.*, 1889, n^{os} 1 et 2.

⁽⁶⁾ ERNEST THOUMIRE. — *Considér. anat. sur le sinus maxillaire*. Th. in P aris, 1901, n^o 609, p. 32-33, etc.

sinus par l'ostium est, en effet, pour ainsi dire, impossible ; on ne le réussit guère que s'il existe, au sinus maxillaire, un orifice accessoire dans les fosses nasales.

D'autre part, ainsi que l'ont observé Hajek et Lermoyez ⁽¹⁾, la pénétration fortuite du cathéter dans le sinus au travers de l'ostium ne permet pas d'en pratiquer l'irrigation ; il ne se produit ainsi aucun « brassage du liquide » ; le pus demeure dans le bas-fond de l'antra qui se vide par regorgement. Si bien que, pour rendre le cathétérisme possible et le lavage effectif, quelques spécialistes, dans leur désir de ne pas abandonner les voies naturelles, ont conseillé, comme Bayer (de Bruxelles) ⁽²⁾, d'élargir l'ostium par le galvanocautère, ou, comme Schiffers (de Liège) ⁽³⁾, d'employer à cet effet un petit bistouri spécial.

Ces difficultés d'un cathétérisme condamné depuis les tentatives infructueuses de Jourdain, devaient conduire la rhinologie à pénétrer par effondrement dans le sinus maxillaire. Les auteurs du Compendium (Denonvilliers et Gosselin), Malgaigne, Sardaillon ⁽⁴⁾, avaient déjà remarqué qu'il n'y avait ni difficulté ni danger à traverser la mince lamelle osseuse et la muqueuse qui séparent la fosse nasale de l'antra d'Higmore.

Ainsi donc, on se mit à pratiquer ce que E. Zuckerkandl ⁽⁵⁾ appelle très justement la méthode de Hunter ; on ouvrit le sinus maxillaire par le nez.

De là naquirent plusieurs procédés, sur la description desquels je ne puis insister dans cette courte revue historique où je me propose surtout de montrer l'évolution qu'a subie le traitement des suppurations de l'antra d'Higmore.

(1) LERMOYEZ. — *Loco citato*, p. 458.

(2) BAYER. — 59^e réunion des médecins allemands. Séance du 20 sept. 1886. Voir LUC, *Arch. laryngol. et rhin.*, t. II, nos 3 et 4.

(3) SCHIFFERS. — 13^e séance ann. de la soc. franç. de laryngologie. Voir LUC. — *Arch. laryng. et rhin.*, t. II, p. 145 et 204.

(4) SARDAILLON. — *Loco citato*.

(5) E. ZUCKERKANDL. — *Anat. nor. et path. des fosses nasales*, traduct. de L. Lichtwitz et P. Garnault, 2^e édit., t. I, p. 108 et 325, chez Masson. Paris, 1895.

On ponctionna donc le sinus par le méat moyen, au niveau de l'une ou l'autre fontanelle nasale, dans la région que Zuckerkanld, après les auteurs du Compendium, considère comme très favorable à cette petite opération ; puis dans le méat inférieur, suivant la manière de J. Mikulicz (¹).

A la simple ponction du sinus maxillaire par la fosse nasale et à l'élargissement de l'ostium, succéda la trépanation large qu'on pratiqua, comme la ponction, par le méat inférieur et par le méat moyen, ou encore par les deux méats, après destruction plus ou moins étendue du cornet inférieur.

Mais en 1893, Georges Caldwell (²), de New-York, imagina, pour le traitement des sinusites maxillaires, une opération qui fut reprise, réglée et vulgarisée quatre ans plus tard par Luc (³). Cette opération réalisait une thérapeutique nouvelle. Chose fondamentale : elle appliquait aux fongosités sinusales la destruction par le curettage que la chirurgie générale utilisait depuis pas mal d'années déjà dans la cure de plusieurs processus chroniques (abcès froids, tuberculose locale. Chose accessoire : après avoir ouvert la fosse canine pour exécuter le curettage des fongosités, elle fermait la plaie buccale et drainait par le nez.

Le curettage devint, à dater de ce jour, le temps nécessaire de la cure chirurgicale de la sinusite ; chacun l'accepta. Tous le pratiquèrent par la fosse canine, Mais les uns, ayant ouvert et cureté par la bouche, drainèrent par la bouche ; on disait d'eux qu'ils faisaient l'opération de Lamorier-Desault. Les autres ayant ouvert et cureté par la bouche, drainèrent par le nez ; on disait d'eux qu'ils faisaient l'opération de Caldwell-Luc.

Au milieu de tout cela, que devint donc, ainsi rajeunie

(¹) J. MIKULICZ. — Zur operatir. Behandl. d. Emphyems der Highmorschöhle. Zeitschr. f. Heilk Bd VII, 1886.

(²) GEORGES CALDWELL. — An improved method of treatment for sup-puration of the maxillary antrum. New-York med. journal, 4 nov. 1893, p. 526.

(³) LUC. — Une nouvelle méthode opératoire pour la cure radicale et rapide de l'emphyème chronique du sinus maxillaire. Arch. intern. de larynx.. de rhin., et d'otol., 1897, p. 273.

par une technique complémentaire, la vieille opération de Lamorier ?

Avant que ne se répandît la pratique de l'opération de Caldwell, on peut dire qu'elle était déjà grandement négligée. Seuls, les chirurgiens la faisaient encore de temps à autre. Les rhinologistes, quand l'affection résistait aux ponctions diamétriques; les dentistes, quand l'extraction des molaires se montrait insuffisante; tous avaient recours à l'opération de Cowper-Drake. On perforait le fond de l'alvéole, et on tubait le sinus.

Du jour où, après les publications de Caldwell et de Luc, se généralisa l'emploi du curettage des fongosités, l'opération de Lamorier subit une évolution différente en France et en Allemagne.

En France, elle disparut tout à fait de la pratique rhinologique, sous la réprobation commune des spécialistes qui l'accusèrent d'être « nuisible, sinon dangereuse ». Au contraire, les Allemands continuèrent à défendre cette « pratique retardataire ». Mais, tout à fait oublieux du but que s'étaient proposé et qu'avaient atteint souventes fois ses initiateurs, ils la déformèrent, la faussèrent et, sous prétexte de surveiller le travail de réparation du sinus, mirent en pratique tous les procédés imaginables pour retarder la fermeture de la plaie buccale et faire qu'ainsi troublée dans son évolution naturelle, cette malheureuse trépanation de la fosse canine mit un tel temps à guérir et dans de si piteuses conditions, que cela justifiait pleinement le jugement sévère que portait sur elle l'école française. Il en alla de même en Angleterre. Tout récemment encore, Herbert Tilley ⁽¹⁾, dans son rapport du Congrès de Manchester, se déclare nettement partisan de l'opération de Kuster ⁽²⁾ (lisez opération de Lamorier-Desault);

(1) HERBERT TILLEY. — *Indications et résultats du traitement chirurgical des sinusites maxillaires et frontales*, in *Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, etc.*, fév. 1903, n° 2, p. 195.

(2) On dit que l'opération de Kuster diffère des anciennes trépanations de la fosse canine en ce qu'elle est une trépanation sous-périostée, tandis que les autres trépanations ouvraient la fosse canine au travers de la fibro-muqueuse (Th. in Marcel Béliard, Paris, 1901, n° 163, p. 33). C'est là une erreur : Lamorier décollait la muqueuse jugale.

il la trouve plus simple que l'opération de Caldwell-Spicer (l'on dit en France opération de Caldwell-Luc) ; mais il lui reconnaît surtout l'avantage, comme les spécialistes allemands, d'établir une large ouverture par laquelle l'antré reste longtemps accessible à l'examen, et dont il prend soin, du reste, de prolonger la béance par le moyen d'un obturateur en caoutchouc.

En France, l'opération de Caldwell détrôna donc toutes les méthodes antérieures.

Le séculaire tubage alvéolo sinusal de Thomas Bell qui, s'il ne guérissait pas les sinusites, avait, au moins, depuis longtemps, préservé tant de malades contre les complications de ces sinusites, ce séculaire tubage qui, il y a une quinzaine d'années, constituait, on peut le dire, conjointement avec les irrigations à la « canule batonnette », l'unique traitement des suppurations hignoriennes, ce tubage lui-même n'allait plus être considéré que comme du « temps perdu et comme une complication artificielle de la sinusite » ; il allait disparaître de la pratique des rhinologistes pour rester l'apanage des praticiens de l'art dentaire, ses fidèles.

C'est que, dit Lermoyez ⁽¹⁾, la « chirurgie rhinologique était venue. On se risquait à ouvrir un sinus, puis deux, puis tous ;... et les rares rhinologistes qui n'étaient pas partisans de cette rhino-chirurgie systématique hésitaient presque à l'avouer et se tenaient à l'écart ».

Mais ce fut une chose curieuse que cette évolution, vers la rhinologie, des suppurations du sinus maxillaire. En pratique, on en vint à négliger grandement, sinon à oublier totalement, la thérapeutique dentaire ; en clinique, à l'encontre de nos anciens pour qui la notion étiologique des sinusites se résumait tout entière dans les altérations de la rangée molaire et de l'os qui l'encadre, les rhinologistes substituèrent la pathogénie nasale à la pathogénie buccale et la sinusite ne devint plus guère autre chose qu'une complication des rhinites.

(1) M. LERMOTEL. — *De la guérison spontanée de l'empyème vrai du sinus maxillaire. Ann. des mal. de l'or., du larynx et du nez., avr. 1904, p. 13.*

Certes, les traités didactiques de la spécialité n'allèrent pas jusque-là ; mais, en fait, les choses se passèrent comme je viens de le dire, et nul rhinologiste ne l'ignore.

Lorsqu'à un moment donné de ma carrière, je décidai de m'adonner à la chirurgie cervico-faciale, j'abordai l'étude des suppurations sinusiennes en chirurgien et, je dois le dire, en chirurgien que son passé et son enseignement avaient un peu versé dans l'étude des choses de la bouche et des dents.

Or, quelle ne fut pas, à ce moment, ma surprise de voir arriver à ma consultation hospitalière des malades qui avaient subi « l'opération radicale » de la sinusite maxillaire par le procédé de Caldwell-Luc et qui portaient encore dans la bouche, au-dessous du sinus, des dents à pulpe ouverte et des chicots infectés auxquels on n'avait pas une minute songé ! Et ceux qui avaient opéré de pareils malades étaient cependant des praticiens tout à fait distingués.

A dater de ce jour, qui de vous n'en a gardé le souvenir ? je m'employai énergiquement, chaque fois que l'occasion s'en présentait, et elle se présentait souvent, à montrer à ceux qui m'entouraient le rôle considérable et prépondérant que joue l'altération molaire dans la pathogénie des sinusites maxillaires, la nécessité thérapeutique d'un traitement dentaire préalable à toute autre intervention et la fréquence des guérisons assurées par ce seul traitement dentaire.

Aussi, n'est-ce pas sans une véritable satisfaction qu'en 1904, je vis M. Lermoyez ⁽¹⁾, un de ceux qui furent « très enthousiastes à suivre les spécialistes qui menèrent la charge opératoire contre les sinus », publier, avec l'humour qui lui est propre, deux observations de guérison d'une suppuration sinuso-maxillaire par simple avulsion dentaire, et les faire suivre des sages réflexions que voici : « Mes deux observations et d'autres, ailleurs publiées, démontrent, ce qu'on oublie plus qu'on ne le sait, que l'empyème maxillaire peut guérir spontanément, je veux dire sans aucun autre traitement que la suppression de sa cause. »

(1) M. LERMOTZ. — *De la guérison de l'empyème vrai du sinus maxillaire* in *Ann. des mal. de l'or, du larynx, du nez et du pharynx*, janvier 1904, p. 7.

..

Tels sont les principaux traits de l'histoire du traitement des suppurations du sinus maxillaire.

Avant de dire, sur ce traitement, le résultat de ma pratique personnelle et l'opinion qui m'est venue de celle-ci, il est une question préjudicielle qu'il me faut ici trancher.

Laissant de côté les suppurations sinusales qui proviennent de l'infection du sinus par traumatisme, corps étranger ou lésion organique de voisinage (tuberculose, cancer, actinomycose) qui sont relativement rares, on peut diviser en deux groupes la grande masse des suppurations sinusales restantes, des suppurations communes, les seules dont il soit ici question : les suppurations d'origine nasale et les suppurations d'origine dentaire.

Je ne sais lesquelles sont les plus répandues et je crois que cela est impossible à savoir. Parmi les malades qui paraissent avoir une suppuration d'origine nasale, il en est peu, en effet, dont le système dentaire soit dans un tel état d'intégrité qu'on puisse affirmer qu'il n'est certainement pas à incriminer.

Bref, après avoir trop longtemps confondu ces deux ordres de suppurations sinusales, l'on prétend aujourd'hui les différencier et en faire deux espèces tout à fait distinctes : distinctes par la pathogénie, l'anatomie pathologique, la clinique et les indications thérapeutiques.

Distinctes par la pathogénie : Les sinusites dentaires seraient, proprement, des empyèmes, c'est-à-dire un « entrepôt de pus » ; les sinusites nasales des abcès, c'est-à-dire une « fabrique de pus ». Dans les premières, le pus est « déposé » dans la cavité sinusale ; dans les secondes, il y est formé ; là de « provenance étrangère » ; ici « indigène ».

Distinctes anatomiquement : Dans l'empyème, les parois du sinus sont saines ; dans l'abcès, elles sont altérées ; la muqueuse qui les tapisse est « fongueuse et ulcérée ».

Distinctes cliniquement : « L'empyème n'est qu'un épisode sans gravité au cours d'une affection d'à côté ; l'abcès, la sinusite vraie, est une affection grave et tenace. »

Distinctes thérapeutiquement : L'avulsion d'une dent malade, d'un chicot, d'un séquestre alvéolaire suffisent à guérir l'empyème qui n'a pas « d'existence personnelle » et se montre incapable de « survivre à la suppression de sa cause », tandis que l'abcès, semble-t-il, « ne peut guérir que par une large intervention (1) ».

Il y a, dans cette division, un schéma commode mais subtil, et, pour tout dire, une véritable et dangereuse pétition de principe. Et je voudrais dire pourquoi.

En dehors des irrptions plus ou moins brutales dans l'antre d'Higmore d'un pus de formation dentaire aiguë (telle se comporte l'évacuation intra-sinuale d'une périostite alvéolo-dentaire suppurée) il y a, sur la muqueuse de cet antre, l'action de voisinage lentement infectante de toutes les maladies chroniques de l'appareil alvéolo-dentaire : la pulpo-radiculite d'une dent dont l'apex est, ou non, pénétrant ; le petit kyste apical infecté, la cémentite sournoise, l'arthrite, la périarthrite (alvéolite) dentaires et, au-dessus de toutes ces lésions, l'ostéite lente du plafond alvéolaire. Et tout cela peut engendrer et engendre en fait la sinusite vraie, l'inflammation vraie du sinus. Même, la proportion des sinusites aiguës d'origine nasale (presque toujours grippales) que je vois spontanément guérir est telle, que je ne puis m'empêcher de penser que la plupart des sinusites chroniques sont d'origine dentaire.

Que l'on dénomme empyèmes les suppurations du sinus qui guérissent par simple évacuation du pus, et sinusites les suppurations qui persistent après cette évacuation, cela n'a d'autre inconvénient que de donner une mauvaise définition des choses, puisque cette définition n'est applicable, si je puis dire, qu'après coup, et qu'une maladie ne se peut raisonnablement définir et classer par la thérapeutique qu'on lui oppose.

Mais qu'on s'appuie sur la guérison de ces prétendus empyèmes sinusaux par l'avulsion dentaire pour prétendre, non

(1) Toutes les expressions citées entre guillemets sont empruntées aux deux mémoires de Lermoyez déjà cités (*Ann. des mal. de l'or., du larynx, du nez et du pharynx*, nov. 1902, p. 389 et janvier 1904, p. 7.)

seulement qu'ils sont eux, nécessairement, d'origine dento-alvéolaire, mais encore et surtout que les suppurations que ne guérit pas cette avulsion sont nécessairement d'origine nasale : voilà où éclate la pétition de principe ; voilà l'erreur du schéma.

Il est certain qu'il y a des suppurations sinusales avec grosses altérations de la muqueuse, laquelle bourgeonne sous forme de fongosités abondantes, et des suppurations sinusales avec peu de lésions de cette muqueuse ; je me suis longuement appuyé sur cette anatomie pathologique dans un récent travail⁽¹⁾ sur le traitement des sinusites frontales, et j'ai montré que ce traitement se résumait précisément, non pas dans la mise en œuvre de tel ou tel procédé opératoire, mais bien exclusivement dans la destruction nécessaire de la fongosité. C'est ici comme en chirurgie générale.

Donc la fongosité dans les suppurations sinusales est tout, et personne, je pense, ne l'affirma jamais aussi catégoriquement que moi. Mais que la fongosité soit considérée comme fonction de l'origine nasale de la suppuration sinusale, et que l'absence de fongosité devienne fonction de l'origine dentaire de cette suppuration : voilà où est la classification de tendance et voilà contre quoi je m'enlève.

En réalité, nous ignorons la cause première, la signification étiologique vraie de la fongosité en général ; nous ne savons d'elle qu'une chose : c'est qu'elle est, en fait, la réaction visible et tangible de tout organe qui suppure depuis longtemps, et l'on ne voit pas pourquoi, en ce qui concerne le sinus maxillaire, les suppurations d'origine dentaire se comporteraient autrement que les sinusites d'origine nasale. Lermoyez dit bien que si, dans ces dernières, la muqueuse est « fongueuse et ulcérée », c'est que, dans les sinusites aiguës dont elles sont la suite, la « stagnation du pus corrode très vite la muqueuse qui, altérée dès le premier jour, ne lui oppose pas de résistance » ; mais c'est là une simple vue de l'esprit et l'observation quotidienne, qui nous montre l'extrême fréquence de la guérison spontanée des plus violentes sinusites

(1) Pierre SEBILEAU.

aiguës grippales, démontre précisément l'inanité de cet argument schématique. J'ai opéré à l'heure qu'il est un grand nombre de sinusites maxillaires par l'ouverture très large de la fosse canine; ayant toujours soumis mes patients au traitement dentaire préalable, lequel en a, d'ailleurs, guéri beaucoup, je puis affirmer n'avoir opéré que des cas justiciables de la cure chirurgicale proprement dite; aussi ai-je trouvé dans le sinus d'abondantes fongosités. Eh bien! beaucoup de ces sinusites étaient, à coup sûr, d'origine dentaire.

Une de mes dernières observations est, sur ce point, particulièrement intéressante: c'est celle d'un malade porteur d'une sinusite maxillaire dont mon confrère Lebedinsky avait, depuis plusieurs mois, saisi le début et suivi l'évolution. C'était une sinusite dentaire. Tout le massif des molaires était à nu; le pus s'évacuait par l'alvéole de la seconde prémolaire. La large trépanation de la fosse canine que vous m'avez vu pratiquer sur le patient, nous montra un énorme sinus maxillaire dont la cavité était tout entière remplie d'énormes fongosités, de véritables végétations myxomateuses, telles, je crois, que je n'en avais jamais vu une pareille quantité.

En résumé, il est impossible de distinguer anatomiquement une sinusite maxillaire chronique de cause dentaire d'une sinusite maxillaire chronique de cause nasale; leurs lésions se confondent. L'une et l'autre contiennent, suivant les cas, plus ou moins de fongosités; mais ces fongosités sont fonction de la durée de la suppuration, et, s'il est vrai que d'autres causes interviennent dans leur formation, nous n'avons, à l'heure actuelle, aucun document pour les rapporter à l'origine dentaire ou nasale du processus infectieux.

Voilà pour l'anatomie. Voyons maintenant pour la clinique. Eh bien, en clinique, il est des cas, surtout quand l'affection ne remonte pas à une date très ancienne, où le diagnostic est assez facile, d'autres où il reste impossible ou douteux, et ce sont, je crois, les plus nombreux. Il n'est pas, en effet, commun de rencontrer un malade atteint d'une sinusite paraissant, d'après les commémoratifs, ressortir à une infection naso-grippale, chez lequel la rangée molaire soit si saine

qu'on ne puisse d'aucune manière l'incriminer et, en beaucoup de cas, en présence d'une sinusite qui, raisonnablement, semble dépendre d'une altération alvéo-dentaire, on peut toujours invoquer dans le passé du patient le coryza grippal auquel peu de personnes peuvent se vanter d'avoir échappé.

Si donc de telles difficultés d'appréciation s'élèvent, en clinique, sur l'origine probable des suppurations de l'antra d'Higmore (dents ou nez) est-il, au moins, possible d'établir, en dehors de toute notion étiologique, la mesure aproximative des fongosités qui en tapissent les parois ?

G. Mahu ⁽¹⁾, chercheur ingénieux, s'appuyant sur ce fait évident que la « dégénérescence fongueuse et myxomateuse de la muqueuse sinusale ne peut s'opérer sans une diminution très accentuée de la capacité du sinus », pense que, quelle que soit la capacité du sinus à l'état sain, il convient de conclure à l'existence d'une sinusite fongueuse toutes les fois que la quantité de liquide retiré de ce sinus par ponction capillaire diamématique est inférieure à un centimètre et demi.

Je n'ai pas besoin de dire les nombreuses objections théoriques qui se dressent *a priori* contre la valeur de cette exploration ; Mahu les a, d'ailleurs, pressenties lui-même presque toutes. La capacité variable du sinus ; la hauteur un peu différente de l'ostium et son degré variable de perméabilité, l'impossibilité de pratiquer toujours à la même hauteur la ponction diamématique de soutirage, ce qui laisse, au-dessous du trocart, un bas-fond de cubage inappréciable, enfin la fuite qui se produit entre ce trocart et les bords de l'orifice de perforation, fuite dont l'importance dépend de l'état anatomique et des altérations de la paroi : tout cela explique qu'en fait le « signe de Mahu » est un signe trompeur sur lequel il n'y a pas à compter. Nous l'avons plusieurs fois mis en pratique, et s'il est vrai qu'il ne nous soit jamais arrivé de ne pas trouver de fongosités au-dessous d'un jaugeage d'un centimètre cube et demi, il nous est en revanche arrivé d'en

(1) G. MAHU. — *Un signe diagnostique de la sinusite maxillaire (Ann. des mal. de l'or., du larynx, du nez, etc., février 1903, t. XXIX, n° 2, p. 159.*

trouver alors que le jaugeage s'élevait au-dessus de cette mesure.

J. Guisez et E. Guérin ⁽¹⁾, jugeant que, dans les suppurations sinusales avec fongosités, l'opacité constatée par l'épreuve de la diaphanoscopie est plutôt due aux altérations pariétales qu'à la présence du pus dans la cavité, font le diagnostic de sinusite fongueuse quand, immédiatement après une grande irrigation de l'antre (un litre), faite sous pression assez forte, la transparence ne montre pas. C'est une conclusion raisonnable. Je préfère l'à peu près de cette exploration à la mathématique du signe de Mahu. Néanmoins, elle trompe. Trop d'éléments interviennent dans la diaphanoscopie pour qu'on puisse faire sérieusement état de celle-ci. Nous la prenons quelquefois en défaut, non plus seulement quand il s'agit d'établir le degré des lésions, mais seulement de poser le simple diagnostic de sinusite. An reste, la critique décisive du signe décrit par J. Guisez et E. Guérin se trouve tout entière sous leur plume, puisqu'ils reconnaissent avoir, dans plusieurs cas de sinusite aiguë sans pus, constaté une « obscurité qu'ils attribuent à la simple congestion de la muqueuse sinusale » et, dans des cas chroniques, n'être arrivés à déceler la transparence, marque de l'absence de fongosités, qu'aux troisième ou quatrième éclairages, parce qu'au moment des premiers, ici encore, la muqueuse était congestionnée ! Qu'est-ce donc que cette prospection diagnostique qui se comporte de la même manière devant l'éphémère congestion d'une muqueuse sans épaisseur et devant l'irréductible opacité de fongosités massives ?

∴

Il y a deux conclusions à tirer de cette discussion : la première, c'est qu'il nous est impossible, en présence d'une suppuration ancienne du sinus maxillaire, d'établir la mesure

⁽¹⁾ J. GUISEZ et E. GUÉRIN. — *Note sur un signe diagnostique de la sinusite maxillaire chronique*, in *Ann. des mal. de l'or., du nez et du larynx*, juin 1903, t. XXIX, n° 539.

des fongosités que contient celui-ci ; la seconde, c'est qu'en dehors des cas où le malade porte dans un état de parfaite intégrité sa rangée molaire sous-sinuale, nous ne pouvons que très rarement apprécier si cette suppuration ressortit à une infection d'origine dentaire ou à une infection d'origine nasale.

Ainsi se pose, très simplifié par l'obscurité clinique qui règne habituellement sur les lésions et les causes de la sinusite maxillaire ancienne, le problème de son traitement ; j'entends par là qu'une règle commune est applicable à tous les cas et qu'il n'y a point à faire varier la thérapeutique suivant l'origine supposée de l'affection. Il va de soi que je ne veux parler ici que des seules sinusites maxillaires et que je laisse complètement de côté dans cette discussion les polysinusites et les pansinusites.

Tout malade atteint d'une suppuration chronique de l'antre d'Higmore dont les dents sous-sinuales sont tout à fait saines est, avant tout, justiciable de la ponction et des irrigations diaméatiques (voie du méat inférieur). Je dois dire que je n'ai pas la moindre confiance dans ce traitement ; je l'ai vu constamment échouer dans les vieilles sinusites ; il n'est applicable avec quelque chance de succès qu'à ces sinusites aiguës qui ne guérissent pas spontanément et menacent de passer à l'état chronique, ou encore à ces curieuses suppurations passagères et récidivantes qu'on observe chez quelques malades. Mais c'est un procédé si simple, si inoffensif, si conservateur, que je conseille de l'employer tout d'abord.

Quand, au contraire, le malade a des molaires en souffrance, c'est par la bouche qu'il convient d'ouvrir l'antre. Je suis tout à fait intransigeant sur ce point qu'avant d'entreprendre la cure chirurgicale de la sinusite maxillaire il faut, non seulement « mettre en état » toutes les dents suspectes, arracher ce qui est irréparable, désinfecter et obturer tout ce qui peut être facilement conservé, mais encore, si la ponction diaméatique n'a pas été exécutée, pratiquer l'ouverture alvéolaire. Cette ouverture résulte quelquefois de la simple avulsion dentaire ; elle nécessite quelquefois la trépanation du plafond de l'alvéole.

L'une et l'autre chose sont œuvre de dentiste. Il est des cas où la seule évacuation du pus suffit à la guérison ; d'autres où il faut pratiquer dans la cavité du sinus des irrigations détersives et modificatrices. Chaque praticien de l'art dentaire a, sur ce point, ses préférences : l'eau oxygénée, l'eau phéniquée, l'alcool, la teinture d'iode, le nitrate d'argent, le chlorure de zinc. Je n'ai aucune expérience personnelle de ces choses et je ne puis dire quel topique est le meilleur. Je pense même que, toutes les fois où la guérison survient à la suite de ce traitement qui est, proprement, le traitement dentaire de la sinusite, c'est à l'évacuation du pus et à la suppression de la cause pyogène bien plutôt qu'à l'action des liquides injectés qu'il convient de l'imputer et que, dans ces cas, la muqueuse n'est pas recouverte de fongosités.

Une question se pose ici sur laquelle bien souvent les élèves ont voulu connaître mon sentiment : celle des indications et des contre-indications du drainage, du tubage alvéolo-sinusien. Beaucoup de dentistes ont l'habitude, après avoir trépané le fond de l'alvéole, de fabriquer un tube métallique qu'ils introduisent dans la cavité du sinus ; ce tube est une sorte d'obturateur creux à demeure ; il empêche la pénétration des aliments dans le sinus et, pendant la phonation, s'oppose au passage de l'air de la cavité buccale dans les fosses nasales au travers de l'antre jugal. Une ou plusieurs fois par jour, le patient extrait l'obturateur, laisse ainsi le pus formé dans le sinus s'écouler dans la bouche et, au besoin, pratique une irrigation par l'orifice devenu libre : c'est la vieille manière de Thomas Bell.

Eh bien ! je ne condamne nullement cette pratique ; mais à la condition qu'on ne l'envisage pas autrement que comme une thérapeutique temporaire ; elle ne peut, en effet, se justifier que par l'espoir d'obtenir, par une prolongation raisonnable du drainage et du traitement dia-alvéolaires, la cure définitive d'une sinusite qu'on ne veut pas encore livrer à l'action chirurgicale. Mais dès l'instant que ce tubage sinusien, de curateur devient simplement palliatif, dès qu'il n'assure plus autre chose qu'un drainage de sûreté, dès qu'il n'est plus maintenu que pour parer aux inconvénients (ré-

tention) d'une sinusite qu'il s'est montré incapable de guérir, dès qu'il passe, si je puis ainsi parler, à l'état chronique, il n'est plus qu'une méthode vieillie et condamnable, car il perpétue pour le patient une infirmité très curable.

Il y a donc des suppurations de l'antra d'Higmore que ne guérissent ni les ponctions diamétriques suivies d'injections modificatrices chez les malades à molaires saines, ni, chez les malades à molaires malades, l'avulsion dentaire suivie de la trépanation du fond de l'alvéole et du tubage temporaire du sinus.

A ces suppurations il faut appliquer un traitement radical, le seul qui puisse les guérir : le curettage méthodique des fongosités. Celui-ci comporte une véritable opération chirurgicale, simple en vérité, mais assez longue et minutieuse, et d'ailleurs bénigne, dont le premier temps est l'ouverture large de la fosse canine.

Vous avez entendu parler de méthodes qui, sans faire de brèche dans la fosse canine et, par conséquent, sans curetter les fongosités, prétendent réaliser la guérison des suppurations higmoreiennes par la seule formation d'un grand trou dans la paroi externe de la fosse nasale ; celui-ci assure une communication large entre la cavité du nez et la cavité du sinus, établit pour celui-ci un bon drainage d'évacuation et en soumet la muqueuse à une sorte d'aération et de dessiccation permanentes. Claoué ⁽¹⁾, de Bordeaux, et Escat ⁽²⁾, de Montpellier, reprenant, perfectionnant et réglant la technique de ces trépanations naso-sinusiennes déjà pratiquées avant eux par Rethi, Siebenman, Kaspariantz, se sont faits les défenseurs de ces opérations très simples qui sont de vraies opérations de cabinet. Je suis convaincu qu'elles ne peuvent que donner de bons résultats, dans les cas de pyo-sinusites non fongueuses et j'y aurais volontiers recours, avant d'entreprendre davantage, dans les cas où l'intégrité de toutes les molaires ne

(1) CLAOUÉ. — *Trait. des supp. chron. du sinus maxill., etc. Sem. méd.*, 15 oct. 1902, p. 340.

(2) ESCAT. — *In Th. de L. Vaquier sur la trépanation large du sinus maxill.* Montpellier, 1903

justifierait pas l'avulsion dentaire et la trépanation de l'alvéole; mais je suis convaincu qu'elles sont, au même titre que ces dernières interventions, incapables de guérir les vieilles sinusites fongueuses; celles-ci ne relèvent que de la destruction complète de toute la végétation bourgeonnante par curettage, et ce curettage ne peut être en aucune manière réalisé par les procédés endo-nasaux. Tel est, du reste, aussi, à en juger par les conclusions du mémoire de L. Vaquier, élève d'Escat, le sentiment de ceux-là mêmes qui préconisent ces procédés de douceur.

C'est donc au curettage méthodique des fongosités qu'il faut demander la cure radicale des sinusites rebelles à la trépanation simple du sinus. Ce curettage est l'application raisonnable, à un cas particulier d'inflammation végétante, d'une méthode de chirurgie générale utilisée depuis une vingtaine d'années pour le traitement des suppurations chroniques et pour le nettoyage de toutes les cavités infectées. Il n'a donc en soi rien d'original; mais il est juste de dire que c'est Caldwell en Amérique et Luc en France qui en ont systématisé l'application au traitement des suppurations sinusales. Autrefois, en effet, on se contentait d'ouvrir le sinus et on laissait l'affection guérir à sa guise; aujourd'hui on le gratte soigneusement et on en visite, curette en main, tous les prolongements » (Lermoyez). C'est en cela, vraiment, bien plus que dans les modifications apportés au siège et au mode de la trépanation, que réside le grand progrès réalisé depuis quelques années par le traitement des suppurations sinusales.

En effet, comme je le disais, ce nettoyage n'est réalisable que par la brèche canine; la trépanation de la fosse canine est donc, quelle que soit la manière dont on termine l'opération, le premier temps nécessaire de cette opération.

Je la fais très large, aussi large que cela est nécessaire pour inspecter minutieusement et curetter de même toute l'étendue de la cavité. Je la fais descendre très bas, jusqu'au contrefort d'où se détache le rempart alvéolaire externe. Je la porte aussi très en avant, jusqu'à l'insertion antérieure de la paroi externe de la fosse nasale. Plus l'ouverture est grande, mieux on voit, mieux on gratte, plus l'opération est sûre, plus elle est rapide.

Autrefois, je détruisais systématiquement, au-dessous de la fosse canine, le rempart alvéolaire externe dans toute l'étendue où le sacrifice possible des dents malades me permettait de le faire, assurant ainsi, par la destruction du bas-fond du sinus transformé en une sorte de plan incliné favorable à l'évacuation, le drainage absolument parfait de la cavité. J'ai abandonné cette pratique que l'expérience ne m'a pas démontrée nécessaire. Je la réserve seulement aux cas où il existe une ou plusieurs fistules sinuso-alvéolaires et où il importe que toutes se confondent avec l'orifice de la trépanation.

La trépanation et le curettage du sinus maxillaire par la fosse canine ne font courir au patient aucun risque appréciable par hémorrhagie ; mais c'est, comme nous disons, une opération assez saignante. Le sang provient de la section, par la pince-gouge, d'une petite artère qui circule dans la paroi antérieure de la fosse canine, au-dessus de la canine, et quelquefois, quand on poursuit haut la trépanation, de la section d'un rameau d'épanouissement de la sous-orbitaire, enfin et surtout du curettage des fongosités. Cette hémorrhagie n'a d'autre importance que d'obscurcir constamment le champ opératoire, d'allonger l'opération et d'obliger le chirurgien, comme cela arrive pour toutes les opérations sur les cavités de la face, à procéder par « étapes » interrompues par des temps de compression et d'anesthésie complémentaire. Il convient de ne pas se hâter ; on laisserait sur place des fongosités. Il faut que partout la paroi sinusale éclairée soit blanche, parfaitement blanche. C'est surtout en bas, dans la rainure, au-dessus des dents, et en dehors, dans la concavité malaire, que végète la production fongoïde. A surveiller attentivement aussi le recessus que laissent quelquefois entre elles la paroi postérieure et la paroi supérieure et qui échappe facilement à l'exploration. Sur un jeune homme, j'ai vu un véritable dédoublement de la paroi supérieure du sinus en plusieurs petites cavités osseuses remplies de pus et de fongosités.

Quand la toilette du sinus est terminée, deux manières s'offrent au chirurgien de terminer l'opération : l'une, préconisée par Caldwell (Amérique), par Luc (France), par Spicer

(Angleterre) et aujourd'hui adoptée par la presque totalité des rhinologistes de France, consiste à fermer par suture la plaie chirurgicale de la fibro-muqueuse gingivale et, faisant retour à la veille manière de Rethi, à drainer le sinus par une large ouverture pratiquée dans la portion inférieure de la paroi externe des fosses nasales, après résection partielle du cornet inférieur ; l'autre, qui est ma pratique personnelle, consiste simplement, ainsi qu'autrefois le faisaient Lamorier, Desault, Boyer, à livrer la plaie buccale au travail de la cicatrisation spontanée, assurant ainsi par elle le drainage de la cavité sinusale.

Je ne porterai aucun jugement sur la première de ces opérations, ne l'ayant jamais pratiquée. Je suis convaincu qu'elle ne serait pas pareillement en faveur si elle n'était pas une bonne opération. J'ai eu à examiner un certain nombre de malades sur lesquels elle avait été exécutée par mes assistants ou par des confrères étrangers à mon service ; les résultats étaient différents, mais, dans l'ensemble, assez favorables. Presque tous les malades, cependant, avaient des croûtes ; quelques-uns mouchaient encore du pus. Mais il y a trop de contingences à faire intervenir dans l'explication de ces deux symptômes (ethmoïdite, sinusite frontale, rhinite purulente chronique, curettage insuffisant) pour que je puisse, ayant observé quelques cas seulement, apprécier sainement le procédé de Caldwell-Luc.

Je pense cependant, comme Grünwaldt ⁽¹⁾, que la résection du cornet inférieur constitue, dans le cas particulier, une mutilation, suivie de quelques inconvénients, qu'aucune raison sérieuse ne justifie et, comme Herbert Tilley ⁽²⁾, que la grosse objection faite à la trépanation canine, à savoir qu'elle laisse le sinus en communication infectante avec le milieu septique de la bouche, n'a qu'un caractère purement spéculatif. Il faut n'avoir pas une grande habitude de la chirurgie buccale pour

(1) GRÜN WALDT. — *Discussion sur les résultats du traitement chirurgical des sinusites*. Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, fév. 1903, n° 2, p. 200.

(2) HERBERT TILLEY. — *Loco citato*, p. 199.

ignorer de quelle manière rapide guérissent les nombreuses interventions qu'elle comporte.

La seconde opération, celle qui consiste à ne pas pratiquer d'ouverture nasale et à laisser le drainage sinusal s'effectuer par la plaie de la bouche livrée à sa cicatrisation naturelle, est, au moins, telle que je la pratique, une bonne opération qui assure, d'une manière régulière et, à ce qu'il me semble, dans les meilleures conditions, la cure radicale des sinusites maxillaires.

En dehors des cas où des lésions plus ou moins étendues du processus alvéolaire nécessitent la destruction d'une portion du rempart alvéolaire externe des molaires et du plancher du sinus (cas, d'ailleurs, auxquels l'opération de Caldwell n'est pas applicable) la guérison de la plaie s'opère en quelques semaines; la fibro-muqueuse de la fosse canine retombe comme un rideau sur la brèche creusée dans l'os et, sur la presque totalité de leur étendue, les deux lèvres de la section gingivale se réunissent rapidement. Sur un point, celui par où s'opèrent les irrigations de la cavité, elles restent quelque temps encore séparées, mais ce point se rétrécit peu à peu et subit à son tour le travail de cicatrisation. Chez quelques malades, on voit persister un orifice très petit, incapable de recevoir autre chose qu'un mince stylet, par où aucun liquide ne s'écoule, qui n'est la source d'aucun inconvénient, d'aucun ennui et qu'on a souvent beaucoup de peine à trouver dans le fond du cul-de-sac gingivo-jugal où il se dissimule.

Analysant mes premières observations, observations qui embrassent des cas de toute sorte, ceux mêmes où j'ai dû détruire par exérèse des foyers d'ostéite et de nécrose alvéolaires et qui, d'ailleurs, se rapportent à une période où je pratiquais, systématiquement, la destruction du rempart alvéolaire externe, de Névrezé⁽¹⁾, dis-je, a trouvé que cet orifice persistait, et d'ailleurs excessivement petit, dans un quart des cas (au moins après quelques semaines). Il pense que c'est là un puits d'aération, de ventilation du sinus, et que sa formation

(1) BERTRAND DE NÉVRÉZÉ. — *Considérations sur le traitement des suppurations chroniques du sinus maxillaire*. Th. in Paris, 1903, p. 49.

répond probablement à l'obstruction de l'ostium. Peut-être a-t-il raison, Cependant, il ne trouverait certainement pas la même proportion dans ma seconde série d'observations. Cela tient à plusieurs causes. C'est, d'abord, à ce que je pratique un meilleur curettage que je ne le faisais alors ; c'est, ensuite, à ce que je ne détruis le rempart externe et le fond de l'avéole que lorsque m'y obligent une fistule alvéolo-sinusale ou des lésions d'ostéite péri-alvéolaire. Il est certain que la suppression du plancher antral favorise la formation fistuleuse, et quoique l'existence d'un orifice buccal aussi petit soit innocente à ce point que le patient lui-même l'ignore, il n'est pas douteux qu'il vaut mieux — ne serait-ce que pour le bon renom du procédé — que la fermeture soit tout à fait étanche. Je crois aussi qu'il ne faut pas laisser les opérés user trop, ni trop longtemps, des irrigations ; ils entretiennent ainsi, par le passage répété de la canule, la béance d'un orifice qui, spontanément, tend à se fermer. Même depuis quelque temps, je n'ordonne aucun lavage, même durant les premiers jours qui suivent l'opération. Je livre la plaie et la surface cruenta du sinus à leur évolution naturelle.

Je ne puis pas dire par quel processus anatomique guérissent les cavités sinusales ainsi ouvertes et curettées. La rapidité avec laquelle se ferme la plaie buccale et l'étroitesse de l'orifice qui subsiste, comme seul vestige de l'opération, pendant quelques semaines, ne permettent pas d'observer l'évolution cicatricielle. J'ai pu, sur un malade chez lequel j'avais par nécessité pratiqué une large brèche comprenant la fosse canine et le processus alvéolaire et chez lequel s'est produit en quelques mois, du côté sain aussi bien que du côté opéré, une très curieuse résorption du bord avéolaire (résorption des édentés) plus étendue qu'on ne la voit d'habitude après la chute des dents, j'ai pu, dis-je, sur ce malade qui a conservé un large orifice dont je vais pratiquer prochainement l'occlusion chirurgicale, examiner la formation cicatricielle. Il s'est fait, à la surface des parois du sinus, une sorte de production fibreuse qui en a diminué la capacité d'un bon quart au moins. Cette production fibreuse s'est ensuite épidermée. La fibro-muqueuse gingivale paraît se continuer, sans perdre au-

cun de ses caractères, dans la cavité réduite de l'antra d'Higmore. Nul suintement ne semble se faire à sa surface. Mais je ne crois pas qu'il soit possible d'induire de ce fait, où la brèche du processus alvéolaire est si large que le sinus paraît un véritable diverticule de la bouche, que toutes les sinusites trépanées par cette même voie guérissent par le même processus. Au moins, y a-t-il une question de durée et de degré d'évolution de ce processus qu'il n'est pas possible d'apprécier ; l'occlusion de la plaie gingivale se fait trop rapidement, masquant ce qui se passe par-dessous, pour qu'on puisse appliquer au mécanisme de guérison de ces grandes cavités osseuses en suppuration autre chose qu'une anatomo-pathologie de fantaisie.

∴

Telle est, au total, cette opération assez simple, bénigne, efficace, de la cure radicale de la sinusite maxillaire chronique par la voie endo-buccale.

On aura, je pense, quelque peine à croire, après avoir lu ce que j'en viens d'écrire, qu'on ait pu si souvent éditer à son propos tant d'erreurs, et qu'elle soit si complètement méconnue de ceux-là mêmes qui ont mis à la juger le plus d'autorité.

Parmi les reproches qu'on lui a adressés, il en est qui lui sont communs avec le premier temps de la méthode de Luc ; il en est d'autres qu'elle est seule pour endosser. Les premiers s'adressent proprement au curettage du sinus par la voie buccale ; les seconds s'adressent au caractère permanent de l'ouverture sinuso-buccale.

Des premiers, je ne dirai rien ; s'ils étaient justifiés, on ne pourrait qu'en déplorer l'inéluctable nécessité, puisque j'ai dit que le curettage seul, un curettage méticuleux et radical, pouvait guérir les vieilles sinusites fongueuses ; mais, par bonheur, ils ne le sont pas. L'hémorrhagie produite par la section des petites artères gingivales et pariéto-canines, de même que l'hémorrhagie venue de la destruction des vaisseaux de la muqueuse en dégénérescence fongueuse sont, pour quelqu'un qui

a quelque habitude de la chirurgie, une chose tout à fait négligeable. Elles gênent l'opérateur et allongent l'opération : c'est tout. Un praticien de l'art dentaire écrit, dans un mémoire que j'ai lu récemment, qu'on peut, en curettant les fongosités du sinus, blesser l'artère maxillaire interne : voilà, sans doute, un accident dont il est à prévoir qu'il n'alourdira pas dans beaucoup de bilans le passif de la méthode.

J'en arrive à ce que j'appelais plus haut le second ordre des reproches adressés à l'opération de Lamorier-Desault, c'est-à-dire à ceux qui, visant la caractéristique de la méthode (la non-suture de la plaie buccale et l'absence de toute ouverture nasale), s'adressent proprement à elle seule.

Lermoyez, dans le beau et consciencieux rapport que j'ai déjà plusieurs fois cité, a dressé et résumé ce procès sous trois chefs d'accusation qu'il me faut ici rapporter :

« 1^o *Les pansements nombreux et pénibles* mettent la guérison à un tel prix que bien des malades refuseraient de la tenter s'ils pouvaient d'avance savoir ce qu'elle va leur coûter de peine. Pendant deux ans, c'est un supplice renouvelé chaque jour que l'introduction de la mèche, la cautérisation du sinus et surtout l'incessante et pénible dilatation d'un orifice qui, sans cesse, tend à se fermer.

» 2^o *La situation des malades dans l'intervalle des pansements* est au moins désagréable. Ne pouvant broyer leur nourriture que péniblement avec une seule moitié de leur mâchoire, tandis que le goût et l'odeur des substances médicamenteuses introduites dans la cavité se mêlent à celui des aliments, ils sont, comme le dit spirituellement Luc, condamnés à manger tous les plats à la sauce iodoformée.

» 3^o *Une infirmité durable suit la guérison.* Le sinus maxillaire, correctement épidermisé, constitue un diverticule anormal de la bouche, une sorte de garde-manger qui demande des soins de toilette quotidiens et exige tout au moins le port d'un appareil prothétique obturateur. Les boissons peuvent refluer par le nez. La situation n'est guère meilleure que s'il y avait une perforation du palais.

» Tel est, continue Lermoyez, le résultat peu enviable que l'opération radicale classique de la sinusite maxillaire fait

espérer au patient, après une suite de pansements pénibles qui ne durent souvent pas moins de deux ans. Et encore la guérison radicale est-elle toujours assurée ? Pas le moins du monde. Mieux vaut encore pour le patient garder sa maladie et continuer à suppurer du nez, adviennne que pourra. La seule excuse de cette méthode c'est qu'elle n'est pas dangereuse : cela ne l'empêche pas d'être nuisible. »

L'on comprendra sans peine que Lermoyez ait condamné une telle opération.

Mais telle n'est heureusement pas l'opération de Desault ; telle n'est pas, non plus, l'opération que je pratique.

Lorsqu'il avait trépané la fosse canine et ouvert ainsi le sinus maxillaire, Desault n'avait garde de pratiquer dans la cavité béante de celui-ci cette sorte de tamponnement perpétuel auquel s'appliquèrent avec tant de conscience ceux qui, plus tard, répétèrent son opération. Tout simplement, on pratiquait des lavages dans le sinus. Peut-être Desault pensait-il qu'ayant trépané un patient pour le guérir d'une suppuration sinusale, la première chose qu'il eût à faire ensuite n'était pas de lui ordonner un pansement qui assurât précisément la pérennité de cette suppuration. Et, comme il n'en entretenait pas la béance, la plaie buccale de ses opérés se renfermait. Sans doute, ceux-ci ne guérissaient pas tous, à cette époque où l'on ne pratiquait pas le curettage des fongosités ; sans doute, il y avait des récidives et c'est pour cela que Boyer s'efforça de faire une trépanation qui se cicatrisât moins vite que celle de Desault ; mais c'est une chose curieuse que l'opération de Lamorier ait subi une pareille déformation et qu'après lui tant de chirurgiens et de spécialistes aient été à ce point aveuglés par la crainte de la récidive que, pour se garer de celles-ci, ils aient tout bonnement assuré la continuité de la maladie par un véritable pansement de cautère permanent.

Eh bien ! l'opération de Lamorier-Desault, telle que je la pratique et telle qu'il faut la pratiquer, l'opération rajeunie par le curettage, bien entendu, ne mérite vraiment aucun des reproches dont on l'accable. Même je dois dire que pour tous ceux qui, dans mon service, ont pu suivre les malades, aujour-

d'hui nombreux, que j'ai opérés, le tableau qu'on fait de ceux-ci et de leurs prétendues misères paraît tout à fait incompréhensible.

Il n'y a ni suppliciente introduction de mèche, ni douloureuse cautérisation du sinus, ni incessante et pénible dilatation d'un orifice ; les patients broient facilement leurs aliments des deux côtés et ne mangent les plats ni à la sauce iodoformée ni à aucune autre sauce pharmaceutique ; ils n'ont point le fameux garde-manger qui les oblige à des soins de toilette permanents et ils n'ont nul appareil obturateur à porter pour fermer ce fameux diverticule de la bouche, qui n'existe pas.

Cette opération est une bonne opération.

II

ANATOMIE DE LA VEINE MASTOÏDIENNE

Par **H. GAUDIER**, Prof. agrégé de la Faculté de médecine de Lille,
et **DESCARPENTRIES**, ex-interne des hôpitaux, aide d'anatomie

La veine mastoïdienne est la plus constante des émissaires qui servent à aider la circulation intracrânienne. La plupart des classiques ne font que la signaler. Foucher, Breschet, Labbé, Launay, Labalette, Walther, Knott, O. Green, Barbarin, Schwartze, Aka, Streit, Rüdinger, Oppenheimer qui ont étudié plus spécialement la circulation veineuse du cou, ou le sinus latéral, la décrivent avec plus de détails, mais ne sont pas toujours d'accord sur son origine exacte et sa terminaison ; aucun ne parle de ses affluents. Coudert en fit le sujet de sa thèse inaugurale, en reprenant les idées de ces divers auteurs. Ils en ont donné des descriptions différentes. Cela tient, sans doute, à ce que chacun d'eux a décrit et figuré un cas particulier sans avoir établi d'abord, d'après un nombre suffisant de dissections, le type qui se retrouve le plus communément. En outre, ils ont surtout recherché le trou mastoïdien, sur les crânes secs.

Il nous a semblé utile de reprendre l'étude anatomique de cette veine, en nous basant sur les dissections après injection préalable du vaisseau. Nous décrirons d'abord le type que l'on rencontre le plus fréquemment, signalant en second lieu ses nombreuses variétés.

Partie de la portion descendante du sinus latéral, la veine émissaire mastoïdienne perfore la portion mastoïdienne de l'écaille du temporal pour aboutir dans les veines profondes de la nuque. Quoiqu'elle soit dépourvue de valvules, il est difficile de bien l'injecter. Après avoir essayé, sans résultats

satisfaisants, de pousser l'injection par les jugulaires internes, ou directement dans le sinus latéral, nous avons réussi à avoir de belles préparations, en injectant par le tronc de la jugulaire postérieure, après avoir préalablement ligaturé les jugulaires internes et obturé le trou occipital. Nous avons pu réussir 25 cas, dont vingt adultes, et nous allons décrire ce que nous avons observé.

La veine mastoïdienne fait rarement défaut. D'après Knott, elle manque 9 fois sur 100 de chaque côté. D'après Streit, qui rechercha le trou mastoïdien, sur plus de 700 temporaux elle manquerait une fois sur 45 à gauche, une fois sur 50 à droite. Thomson la signale absente dans 8 cas sur 100. Sur nos 25 cas, une fois elle manquait des deux côtés, une fois du côté droit et trois fois du côté gauche. Il est à remarquer que c'est à gauche qu'elle est le plus souvent absente. Au reste, de ce côté, elle est généralement moins développée, d'un diamètre plus petit : ceci n'a rien qui puisse nous surprendre, puisque le sinus latéral correspondant est lui-même d'un calibre moindre.

Le diamètre de la veine mastoïdienne varie suivant l'endroit où on le considère. Dans son trajet intraosseux, son diamètre moyen est de 2 millimètres à droite, 1^{mm},5 à gauche. Les diamètres plus grands ne sont pas exceptionnels, et peuvent même atteindre des dimensions considérables. Nous avons vu plusieurs crânes, où comme dans les cas signalés par Malacarne et Griessinger, on pouvait introduire l'extrémité du petit doigt dans le canal mastoïdien, et Streit, sur 730 temporaux, a trouvé 26 fois ce trou ayant de 4^{mm},5 à 6 millimètres dont 16 fois à droite et 10 fois à gauche ; 5 fois le foramen avait 8 millimètres, 2 fois 9 millimètres et une fois 10 millimètres.

Sitôt sortie du crâne, la veine mastoïdienne s'élargit. Elle mesure alors, en moyenne, de 6 à 9 millimètres comme dimension transversale.

Au point de vue de sa direction et de ses rapports, cette veine présente deux portions bien distinctes : l'une constituée par son trajet intraosseux, allant depuis son origine dans le sinus latéral jusqu'à sa sortie du crâne, parcourant le canal

mastoïdien, l'autre par le tronc veineux allant du trou mastoïdien jusqu'à l'endroit où elle se confond avec une autre veine du cou.

Première portion. — La veine mastoïdienne naît de la portion descendante du sinus latéral. Son orifice d'origine se trouve généralement dans l'angle dièdre postérieur de ce canal veineux. Exceptionnellement, une fois sur 30, il se trouve sur sa face interne. Cette opinion, contraire à celle de Coudert, est aussi celle de Streit. Il est distant de 10 millimètres en moyenne du coude du sinus. Exceptionnellement, il se rapproche de ce dernier point, pouvant même se trouver à la partie postérieure du coude. La veine se sépare généralement à angle presque droit : parfois elle forme un angle aigu avec le canal sinusien ; ces cas coïncident avec sa naissance près du coude du sinus, et la veine a alors des proportions plus considérables que normalement, comme si le sang, trouvant une voie plus facile à son écoulement, causait cet élargissement. La projection de cet orifice sur la face externe de la mastoïde correspond naturellement à la paroi postérieure du sinus latéral, que les travaux de Broca, de Aka ont nettement déterminée.

Après sa sortie du sinus, la veine se dirige d'avant en arrière, ayant un trajet rectiligne horizontal, légèrement oblique en bas et en dehors. Elle n'entre point, en général, directement dans le canal mastoïdien. Pendant 2 ou 3 millimètres, elle coule sur la face endocrânienne de l'écaille mastoïdienne où elle creuse un léger sillon, entre elle et la face externe de la dure-mère de la fosse cérébelleuse. Elle reçoit, dans ce court trajet, quelques veinules très ténues extra-durales. Puis elle s'engage en biseau dans la table interne de l'os. Parfois cependant, cette première partie du trajet fait défaut. La veine pénètre directement dans l'os. Cette disposition se rencontre lorsque la gouttière sigmoïde du sinus est trop marquée, ou lorsque la veine sort sur la paroi externe de ce vaisseau.

Elle s'insinue alors entre les deux tables de l'écaille mastoïdienne, à travers le diploé, dans le canal mastoïdien qu'elle remplit entièrement. Enfin, elle perfore la table externe et arrive au trou mastoïdien. La distance séparant ce point du

sinus est assez variable suivant que ce dernier est plus ou moins rapproché du conduit auditif externe, et que l'apophyse mastoïde est plus ou moins large. Elle atteint de 9 à 12 millimètres, rarement elle dépasse ce dernier chiffre chez nos sujets, bien que Coudert lui ait trouvé une longueur variant entre 2 et 3 centimètres.

Dans son passage à travers le diploé, la veine mastoïdienne reçoit un certain nombre de branches souvent très grêles, mais très importantes, car elles la mettent en communication avec les veines diploïques. Plusieurs de ces veinules viennent de l'apophyse mastoïde. Lorsque celle-ci est très pneumatique, la veine se met en rapport direct avec les cellules mastoïdiennes postérieures que nous ont fait connaître les travaux de Lermoyez, Stanculéanu, Depoutre, Laurens, Moure. Cette veine joue un grand rôle dans la circulation de ces cellules et acquiert de ce fait, comme nous le verrons plus tard, une grande importance pathologique.

L'orifice externe du canal mastoïdien, le trou mastoïdien se trouve sur le bord postérieur de la mastoïde, sur cette lame écailleuse à convexité externe, qui prolonge en arrière et en bas l'écaille du temporal. C'est un point de repère relativement fixe que n'ont pas exactement déterminé les auteurs. Schwartz e la place au milieu de l'apophyse mastoïde, Barbarin, Coudert, Oppenheimer au niveau de la suture occipito-mastoïdienne, même sur l'occipital. D'après nos recherches, il est à 37 millimètres de l'épine de Henle, à 12 millimètres au-dessous de l'horizontale passant par cette épine, ligne qui prolonge en arrière la racine postérieure de l'arcade zygomatique, à 4 millimètres derrière la verticale abaissée de l'incisure pariétale, à 13 millimètres en avant de la suture occipito-mastoïdienne, de 3 à 5 millimètres au-dessous de la ligne courbe temporo-occipitale supérieure : c'est dire que toujours il est derrière l'insertion du muscle petit complexus, et au-dessous de celle du splénus capitis qui la recouvre. Ses variations sont peu nombreuses. Exceptionnellement il est plus postérieur. Parfois, surtout chez les femmes où l'apophyse est moins développée, il est plus antérieur, et on peut le voir à 32, à 28 millimètres de l'épine de Henle. Rarement il se trouve à

moins de 10 millimètres de l'horizontale passant par cette épine. La veine émissaire s'échappe de ce trou et change alors de direction, constituant sa seconde portion.

Seconde portion. — Sitôt sortie du canal mastoïdien, la veine se renfle en une sorte de golfe et se coude à angle droit. A ce niveau, sa paroi interne adhère intimement à l'os et lorsque le golfe se prolonge sur un espace de 1 à 2 centimètres, on a un véritable sinus extracrânien. Souvent l'os est déprimé en une cupule sur le fond, ou la face antérieure de laquelle se voit le trou mastoïdien. Après le renflement, la veine se dirige de bas en haut, recouverte par le splénus capitis, suivant le bord postérieur du petit complexus, dans l'espace cellulo graisseux qui sépare ce dernier du bord externe du grand complexus, au-dessus du petit oblique de la nuque dont elle croise la direction. Elle passe au-dessus de l'artère occipitale et des veinules qui l'entourent, et, après un trajet souvent sinueux de 2 ou 3 centimètres, se confond avec la jugulaire postérieure.

La veine mastoïdienne reçoit les veinules venues de la partie postérieure de l'apophyse mastoïde. Elle donne des anastomoses pour les veines qui l'entourent, veine occipitale, veine cérébrale, plexus occipital profond. Celles-ci peuvent être plus ou moins développées suivant les cas. Parfois elles sont telles que la veine affecte une disposition étoilée donnant naissance à des rameaux qui aboutissent aux principales veines de la région, sans qu'il soit possible de déterminer dans laquelle son tronc principal se jette. Parfois ces anastomoses constituent un véritable plexus veineux rétromastoïdien, en relation intime avec le plexus occipital profond. Parmi les branches descendantes nous avons retrouvé quatre fois la veine que décrit Labbé et qu'il considère comme constante, qui, après avoir contourné la suture occipito-mastoïdienne, se jette dans la jugulaire interne à 1 centimètre du trou déchiré postérieur. Jamais nous n'avons vu d'anastomose réunissant cette veine avec la veine auriculaire postérieure.

La plupart des classiques, à la suite des travaux de Lüska, de Labbé, de Knott, considèrent la veine mastoïdienne comme un affluent de la veine occipitale profonde. Launay dit que

dans certains cas elle fait partie, en se jetant dans l'occipitale, du confluent parotidien, quoique parfois elle se rattache au groupe veineux-postérieur du cou. D'autres, Labalette, Coudert, Oppenheimer, se basant sur la disposition étoilée qu'affectent certains rameaux descendants, la considèrent comme donnant naissance aux affluents originels des veines jugulaires postérieures et occipitales. Il semble bien qu'elle fait partie du système de la jugulaire postérieure, étant même, avec la veine condylienne postérieure et des branches émanées des veines intrarachidiennes, sa véritable origine. Breschet avait décrit cette disposition ; Walther, Testut la regardent comme normale. Comme nous l'avons dit plus haut, jamais nous ne l'avons vue communiquer avec la veine auriculaire postérieure et la jugulaire externe, quoique cette disposition soit citée par quelques auteurs : on peut dire qu'il s'agit là d'une anomalie très rare, si tant est qu'elle existe.

Variétés. — Quoique la veine émissaire mastoïdienne se rencontre le plus souvent suivant le type que nous avons décrit précédemment, elle présente de nombreuses variétés. Ainsi, fréquemment, le canal mastoïdien, au lieu d'être unique, se bifurque, et l'on trouve deux trous mastoïdiens externes contre un seul sur la table interne. Ces trous sont peu distants l'un de l'autre. Il arrive souvent qu'on les trouve tous deux au fond de la cupule que nous avons signalée à la sortie du trou mastoïdien. L'un est généralement plus développé. D'autres fois ces canaux se séparent nettement l'un de l'autre, et l'accessoire vient déboucher sur la surface externe de l'apophyse mastoïde, ou plus ou moins haut, au-dessus du véritable canal. On peut trouver ainsi deux, trois orifices mastoïdiens externes. D'après Streit, les cas où il y aurait quatre orifices sont rares. Okade en signale plusieurs, mais insiste sur leur extrême rareté. Les veines qui naissent de ces troncs se réunissent en un vaisseau commun. Parfois elles se jettent chacune pour son compte dans le groupe veineux avoisinant en formant un véritable plexus à ce niveau.

La veine mastoïdienne peut être double. Il y a deux orifices sinusiens, deux canaux ayant deux trajets différents. Nous avons rencontré quatre fois cette disposition. Cependant il ne faut

pas prendre comme veine mastoïdienne accessoire celle décrite par Lüsckha qui, partie du coude du sinus, vient aboutir après avoir perforé la paroi osseuse au-dessus de l'apophyse mastoïde, à quelques millimètres en arrière de l'épine de Henle. Nous l'avons vu une seule fois. Celle-ci se jette dans la jugulaire externe, et pourrait être plus avantageusement rapprochée de la veine, qui passe par le foramen jugulaire spurimum.

Chez l'enfant, quoi qu'en ait dit Coudert, la veine mastoïdienne n'est pas sensiblement plus développée que chez l'adulte. Bien au contraire, les cas où elle présente un volume relativement considérable nous ont semblé tout à fait exceptionnels, même chez les enfants rachitiques, où certains ont invoqué le rétrécissement du trou déchiré postérieur. Cependant elle est beaucoup plus rarement absente, faisant supposer que chez l'adulte et le vieillard, le trou mastoïdien a tendance à s'obstruer. Nous l'avons cherchée plusieurs fois chez le fœtus. Toujours nous avons pu constater que la veine, souvent double, se rendait de la jugulaire postérieure à la fontanelle postéro-latérale ou astérique, qu'elle traversait obliquement cette membrane en y recevant des veinules, vues par transparence, très grêles, très gracieuses, souvent disposées en étoile, pour aboutir à la portion descendante du sinus latéral, après avoir reçu quelques vaisseaux très fins provenant de la dure-mère.

Anomalies. — On ne peut considérer comme anomalies les cas où le ou les canaux mastoïdiens sont plus développés que de coutume. Le fait n'est pas rare, et, si l'on considère une collection de crânes, on en trouve facilement plusieurs où le trou mastoïdien peut recevoir l'extrémité du petit doigt. On remarque également que ses dimensions ne sont pas en rapport avec celles du trou déchiré postérieur. L'on voit bien vite ce qu'a d'exagérée l'affirmation de certains auteurs qui avancent qu'un grand trou mastoïdien a pour but de suppléer, chez les rachitiques, au rétrécissement du trou déchiré postérieur. Il ne faut pas prendre non plus pour veine mastoïdienne anormale, une veine qui, parfois, fait communiquer le coude du sinus latéral avec la jugulaire externe en passant en avant et au-dessus de l'apophyse mastoïde. Celle-ci est plutôt à rapprocher de la veinule, reste persistant de la veine cardinale

supérieure du fœtus, qui franchit le foramen jugulaire spurimum et par le sinus pétro-squameux se rend à la portion horizontale du sinus sigmoïde. Comme anomalie réelle, Knott a noté deux cas d'absence presque complète de la portion verticale du sinus latéral droit, représentée seulement par une veinule sortant au travers du trou mastoïdien.

Malacarne rapporte qu'il a trouvé, en faisant l'autopsie d'un fou, les sinus latéraux ayant conservé leur volume normal, mais sortant par les trous mastoïdiens considérablement agrandis. Ce qui est particulièrement intéressant dans cette observation, c'est que les sinus se continuaient directement avec la veine jugulaire externe.

Otto, cité par Streit, signale un cas où le canal mastoïdien se mettait en relation directe avec le sinus pétro-squameux, et se ramifiait dans le diploé. Nous avons eu la chance de constater deux cas curieux. Dans l'un, la veine mastoïdienne de chaque côté, mais plus développée que d'habitude, surtout à droite, après avoir pris son origine normalement dans la portion verticale du sinus latéral, et après avoir traversé la paroi osseuse, contournait l'apophyse mastoïde, en se logeant dans la partie la plus profonde de la rainure digastrique, sur le côté interne de l'insertion de ce muscle. Puis, suivant toujours la paroi crânienne, elle se jetait dans la veine jugulaire interne, au niveau de son golfe. Sa paroi interne adhérait complètement à l'os et elle constituait un véritable sinus exocrânin, en tout semblable au sinus d'English. La portion verticale du sinus et le trou déchiré postérieur étaient normaux.

Dans l'autre cas, la veine mastoïdienne droite recevait, à un centimètre de sa sortie du trou mastoïdien, une veine grosse de 5 millimètres. Celle-ci naissait de la jugulaire interne, au niveau de son bulbe, perforait la pointe de la mastoïde, pour réapparaître sur sa paroi postérieure. Comme parcours, sauf dans sa traversée osseuse, on peut comparer cette branche anormale à l'anastomose que décrit Lüsckha et qu'il considère comme constante, mais que nous avons rarement rencontrée, qui fait communiquer la veine mastoïdienne avec la jugulaire interne à un centimètre du trou déchiré postérieur.

Conclusions. — La veine mastoïdienne constitue une voie

de dégorge ment importante du sinus latéral qu'elle met en communication avec les veines de la partie postérieure du cou. C'est par erreur que certains auteurs l'ont rattachée au système de la jugulaire externe, tout au plus est-elle parfois reliée au confluent parotidien (Launay) par les anastomoses qu'elle peut donner à la veine occipitale. Elle peut être assimilée aux rameaux veineux qui réunissent aux veines dorsi-spinales les plexus rachidiens postérieurs dont les sinus latéraux, malgré leur forme en apparence différente, sont les homologues au niveau du crâne. Comme on le sait, ces vaisseaux anastomotiques traversent les ligaments jaunes, passent entre les lames des vertèbres extrarachidiennes postérieures. De même, la veine mastoïdienne traverse l'espace compris entre les neurapophyses de la vertèbre otique d'Albrecht et celles de la vertèbre crânienne occipitale, la fontanelle astérique du fœtus, et se rend à la jugulaire postérieure, qui par les rameaux d'anastomose qu'elle envoie au niveau de chaque espace intertransversaires aux veines intrarachidiennes postérieures (Foucher, Walther, Labalette), continue au cou le système des veines dorsi-spinales.

Outre ce rôle d'anastomose, la veine mastoïdienne reçoit, par ses rameaux collatéraux, le sang de la partie postérieure de l'apophyse mastoïde et de la portion écailleuse du temporal située entre cette dernière et l'occipital.

Ceci explique pourquoi la veine mastoïdienne existe, même lorsque la seconde portion, la portion verticale du sinus latéral, ne s'est pas développée.

Ces données anatomiques expliquent également le rôle important que présente la veine émissaire tant au point de vue clinique qu'opératoire et dont nous ferons l'objet d'une étude ultérieure.

III

DE LA PARAFFINE ENDONASALE COMME TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE DES SINUSITES (1)

Par **GUISEZ.**

Depuis un an, nous avons eu recours dans certains cas, et comme traitement post-opératoire des sinusites, à des injections de paraffine sous la muqueuse des fosses nasales.

Lorsque des opérations radicales ont été faites du côté du sinus et en particulier de l'ethmoïde, les fosses nasales sont très élargies, et bien que les sinus soient guéris de leur suppuration, il en résulte toute une série de troubles, qui incommode beaucoup la plupart des malades.

Au nombre de ceux-ci, on peut mettre au premier plan la reproduction incessante de croûtes, la sécheresse de la gorge et la pharyngite subséquente.

Il est, nous croyons actuellement, un fait bien établi, qu'il y a peu ou pas de sinusites frontales anciennes isolées. Ce sont toujours des fronto-ethmoïdites. La participation de l'ethmoïde aux suppurations du sinus frontal est basée sur des raisons anatomiques et cliniques. Il suffit de se rappeler la configuration et l'anatomie des cellules ethmoïdales, du canal nasofrontal pour comprendre que rapidement l'ethmoïde doit être envahi et suppurer pour son propre compte dans toutes les sinusites frontales anciennes.

A la suite de recherches nombreuses que nous avons faites sur la chirurgie de l'ethmoïde, à propos de notre thèse, nous avons acquis cette conviction : que l'ethmoïde suppure tou-

(1) Communication à la Société belge de laryngologie, juin 1905.

jours pour son propre compte dans toutes les sinusites frontales anciennes. Et cet envahissement de l'ethmoïde est toujours également total, et cela très rapidement. Nous n'avons jamais constaté de sinusite frontale remontant à plus de six mois où tout l'ethmoïde n'était pas pris. La notion de l'ethmoïdite limitée aux cellules antérieures doit être supprimée et nous ne devons plus admettre que des panethmoïdites. Nous n'avons point à entrer ici dans le détail de ces constatations, et nous nous réservons de le faire dans un article concernant le diagnostic des ethmoïdites et sphénoïdites.

La nécessité de l'évidement ethmoïdal complet s'impose donc dans toutes les sinusites frontales anciennes, et à plus forte raison dans les fronto-maxillaires. C'est là le secret de la guérison de ces affections; cet évidement doit être aussi large et aussi étendu que possible, pour éviter toute complication inhérente aux opérations incomplètes. L'un des premiers nous avons insisté sur ce point bien spécial, bien avant que l'opération de Killian n'ait été vulgarisée (*Thèse de Guisez, Paris, 1901 Traitement chirurgical de l'ethmoïdite purulente*).

Cette idée de l'évidement ethmoïdal est devenue maintenant tout à fait classique et courante et les procédés d'attaquer l'ethmoïde par voie externe et se créer plus ou moins de jour varient seulement suivant les auteurs (Killian, Jacques) qui se sont soucié de l'esthétique post-opératoire, mais tous remplissent le même but.

L'élargissement du canal naso-frontal par la voie frontale toujours aveugle doit être considéré comme une manœuvre incomplète, dangereuse même, parce qu'il agit sur l'ethmoïde antérieur dont il atteint difficilement les cellules préinfundibulaires et pas du tout les ethmoïdales postérieures, et parce qu'il risque de fissurer la lame criblée.

De tout cela il appert que la destruction de l'ethmoïde doit être aussi complète, aussi large que possible dans les opérations pour sinusites frontales anciennes ou fronto-maxillaires. Ce n'est que par ce procédé que l'on arrivera à tarir la sécrétion purulente et à éviter dans la mesure du possible les complications, opérations et les récidives.

Malheureusement, un pareil évidemment intranasal ne va point sans entraîner une certaine perturbation, et les malades conservent pendant longtemps (bien que toute suppuration sinusale proprement dite ait été enrayée), des troubles avec lesquels il faut compter. Que se passe-t-il en effet chez des malades ainsi opérés ?

Etant donné que la muqueuse des fosses nasales est toujours altérée dans les sinusites anciennes, ne serait-ce que par le contact prolongé du pus, les glandes secrètent toujours, quoi-qu'on fasse, un liquide épais qui se concrète dans les fosses nasales, sous forme de croûtes.

Ces croûtes n'ont que peu d'odeur mais gênent beaucoup les malades à cause de leur adhérence et de la difficulté qu'ils éprouvent à s'en débarrasser, les fosses nasales étant très larges et le courant d'air dans l'action de se moucher ayant beaucoup moins de forces. La respiration nasale, bien que les fosses nasales soient très larges, se trouve très gênée par ce fait.

Nous avons essayé tous les pansements antiseptiques locaux, massage vibratoire, lavages faits par le malade ou le médecin, nous avons bien obtenu, par ces moyens, une amélioration momentanée, mais jamais la guérison complète.

L'idée nous est venue que peut-être en rétrécissant artificiellement, comme dans l'ozène, la cavité des fosses nasales par des injections sous-muqueuses de paraffine, on pourrait ramener la muqueuse à son état normal et éviter la reproduction de ces croûtes.

Nous avons entrepris ce traitement sur quatre malades opérés par nous, dont deux de *pansinusite unilatérale* et une de *pansinusite bilatérale*, et sur un quatrième, opéré il y a quatre ans de sinusite maxillaire ancienne, se plaignant de la reproduction incessante de ces croûtes et de pharyngite sèche.

Dans tous ces cas et en particulier dans ceux de pansinusite, nous étions arrivé à la suite d'interventions radicales sur les sinus, d'un traitement intra-nasal prolongé, à cette constatation : que ni le sphénoïde, ni l'ethmoïde, ni aucun des sinus ne donnaient plus une goutte de pus et cependant il persistait encore des croûtes. Par des injections de paraffine faites sous la muqueuse du plancher et de la cloison principalement, nous

sommes arrivé à rétrécir considérablement la lumière des fosses nasales et dans trois cas ainsi traités les croûtes ont complètement disparu.

Dans le 4^e cas (sinusite maxillaire) il y a eu simplement amélioration. Chez ce malade, nous avons eu beaucoup de peine à faire les injections.

Il existait une sorte de friabilité spéciale de la muqueuse qui éclate à la moindre pression. En attendant un peu et avec de la patience nous espérons guérir également ce malade.

Nous nous sommes servi de la paraffine à froid, ramollie, sous pression, et le D^r Lagarde a bien voulu nous aider, mettre à notre disposition l'expérience qu'il a acquise de ces injections et la nouvelle seringue qu'il a fait construire chez Collin.

La technique ne diffère guère de celle employée pour l'ozène et qui a été très bien formulée par Moure, Brindel et par Brockert.

Les injections seront surtout faites sous la muqueuse du plancher et de la cloison ; la paroi externe étant la plupart du temps, surtout dans les fronto-maxillaires, détruite dans sa totalité. On essayera d'injecter dans le cornet inférieur si l'on a affaire à des sinusites fronto-ethmoïdales, mais c'est surtout vers la cloison que l'on pourra agir. On fera les injections en procédant d'arrière en avant, de la profondeur vers la superficie. La muqueuse de ces régions étant généralement assez mobile, car elle est peu altérée : on peut rapidement injecter à sa face profonde et en la décollant des plans sous-jacents des quantités assez notables de paraffine.

Les séances seront répétées tous les deux ou cinq jours, suivant la réaction déterminée par l'injection.

A quel moment convient-il de faire ces injections de paraffine ? Il est assez difficile de le préciser, mais il faut que tout bourgeonnement de la muqueuse et toute sécrétion purulente d'origine sinusale aient disparu.

Comment agit la paraffine ? En rétrécissant les fosses nasales, tout comme dans l'ozène. On sait, en effet, d'après Zaufal, Hartmann, que la cause primordiale de l'ozène réside dans une trop grande largeur des fosses nasales. Par les injections de

paraffine et en rétrécissant la cavité des fosses nasales, il se produit une sorte d'action mécanique qui permet aux malades d'expulser les sécrétions nasales au fur et à mesure qu'elles se produisent. Les croûtes ne stagnent plus, la muqueuse n'est plus irritée, les antiseptiques et les caustiques agissent mieux sur elle et elle reprend petit à petit son aspect normal. Peut-on admettre ici une action directe de la paraffine comme Brockert le prétend dans l'ozène ? Est-ce par suite de sa simple présence ou au contraire a-t-elle une véritable action excitophagique ? Nous le croyons et cela par le fait suivant : Chaque fois que nous avons entrepris le traitement par les injections, de paraffine, nous avons remarqué que la muqueuse devenait plus rouge et que la sécrétion était beaucoup moins épaisse, beaucoup plus abondante et plus fluide. Il semble que l'injection produit une action excitophagique sur la muqueuse dans les points où elle est injectée. Mais cette action doit être limitée, attendu que les points où l'on injecte la paraffine, sous la muqueuse, cloison, plancher, sont ceux où les croûtes sont moins abondantes et qui sécrètent le moins. Quoiqu'il en soit, ces injections semblent surtout agir en déterminant une sorte de rétrécissement dans les fosses nasales, anormalement élargies.

Nous avons eu l'occasion de constater cette action bienfaisante du rétrécissement artificiel des fosses nasales de la façon suivante : La nommée H. M., opérée par nous à l'Hôtel-Dieu, présentait une pansinusite droite avec une telle accumulation de polypes dans la fosse nasale droite que la cloison se trouvait déviée de plusieurs centimètres de la ligne médiane vers la gauche. Elle venait même toucher en plusieurs endroits la paroi externe de la fosse nasale gauche qui était réduite à l'état de simple fente. Nous opérâmes la malade en mars 1905 de sa pansinusite droite et nous fîmes, après un *Luc* sur le maxillaire, une *trépanation* du sinus frontal avec *évidement éthmoïdal* complet. Malgré une opération faite aussi radicalement que possible et des soins post-opératoires très suivis, la fosse nasale droite, très élargie, se remplissait, deux mois encore après l'opération, de croûtes qui se reproduisaient très rapidement. Nous crûmes utile de ramener la fosse nasale à

ses dimensions normales en redressant la cloison. C'est ce qui fut fait deux mois et demi après l'opération; et tout aussitôt, nous pûmes constater que les croûtes diminuèrent rapidement d'abondance et devinrent moins adhérentes; la muqueuse reprenait sa coloration normale.

Quelques injections de paraffine sur la cloison et le plancher ont achevé rapidement la guérison de cette affection.

Cette observation semble bien démontrer de quelle façon agit la paraffine ou toute intervention ayant pour but de ramener la fosse nasale, anormalement élargie et dont la muqueuse sécrète et se recouvre de croûtes, à un calibre voisin de la normale.

Il y a un fait sur lequel nous voudrions insister en terminant. La muqueuse pharyngée est, en effet, très souvent altérée pour son propre compte dans les anciennes sinusites. Le pus passe facilement des sinus dans le pharynx. La muqueuse se recouvre de sécrétions croûteuses, elle est rouge, chagrinée, tuméfiée. Cet état persiste et est souvent augmenté par les opérations radicales.

Après les injections de paraffine les malades ne se plaignent plus du tout de la sensation de sécheresse de la gorge qui leur est si pénible quand le nez est élargi et la pharyngite concomitante ne tarde pas à disparaître. Sans doute nous avons lu dans beaucoup d'auteurs que les sinusites opérées radicalement ne doivent pas laisser de croûtes à leur suite. Eh bien, nous croyons, et notre maître, le Dr Lermoyez, nous a donné bien souvent à ce sujet son opinion autorisée, qu'il est difficile d'obtenir pareil résultat lorsque l'on a affaire à des sinusites très anciennes et surtout à des pansinusites. La muqueuse proprement dite des fosses nasales est toujours atteinte de catarrhe consécutif, ce que ne peuvent supprimer les opérations radicales. En faisant des injections de paraffine on fournit aux malades le moyen d'expulser spontanément leurs croûtes.

Ceci ne veut pas dire qu'il faille s'abstenir de tout traitement local consécutif. Les badigeonnages iodés, le massage vibratoire de la muqueuse la rendent plus souple et plus résistante, facilitent la contention et aussi l'action de la paraffine.

Nos observations n'ont forcément porté que sur un petit

nombre de cas. Dans trois, la guérison a été complète et s'est maintenue depuis plus de six mois.

Nous nous proposons de l'appliquer systématiquement à tous les malades qui, après les opérations radicales, présenteront des troubles analogues (1).

OBSERVATION I

Pansinusite bilatérale.

La nommée L. M., 44, rue du Dragon, Télégraphiste, 36 ans, vient nous consulter à l'Hôtel-Dieu pour de la gêne nasale et de l'écoulement des fosses nasales, le 16 mars 1904.

Les accidents dont elle se plaint aujourd'hui remontent à vingt ans.

Soignée dans son pays par des lavages du nez, inhalations, elle a constamment mouché du pus. Recrudescences à l'occasion de rhumes et de quelques attaques d'influenza en 1900 et 1902.

Elle vint consulter à l'Hôtel-Dieu le Dr Martha en février 1902 qui pratiqua l'ablation de polypes de la fosse nasale droite en plusieurs séances. Jusqu'en mai 1904 l'écoulement continua sans grandes modifications, sans douleurs. De temps à autre, extinction de voix.

Quand la malade vint nous consulter, nous constatons les phénomènes suivants : les narines sont dilatées, le nez est élargi et épaté à la base. Il existe de ce fait un grand écartement des yeux. Les deux fosses nasales sont bourrées de polypes grisâtres baignant dans le pus et plus abondants à gauche qu'à droite. Aussi la cloison est-elle déviée du côté droit, si bien que la fosse nasale droite est très étroite, surtout dans sa partie postérieure. Le stylet gratte sur plusieurs points cariés dans la direction de l'ethmoïde.

Douleurs frontales pour ainsi dire continues et surtout à gauche. Eclairage : obscurité dans les sinus maxillaires et frontaux.

Opération le 25 mai 1904. — Ayant fait une sorte de Rouge et

(1) Depuis cette communication nous avons appliqué cette méthode dans un nouveau cas de pansinusite unilatérale opéré en juillet 1905. Nous avons également constaté l'efficacité de cette injection de pa. raffine.

relevant en décortiquant le plus haut possible les os maxillaires, nous réséquons les deux parois antérieures du sinus maxillaire. Curettage de leur cavité, résections de la paroi interne avec grosse curette en la guidant par le doigt du côté opposé introduit dans les fosses nasales. Tamponnement nasal, suture de la plaie gingivale.

Les jours qui suivent l'opération le pus continue à couler abondamment, venant des zones supérieures frontale et ethmoïdale.

Deuxième opération le 3 juin 1905. — Trépanation des deux sinus frontaux. Incision en passant sur le dos du nez. Résection de branche montante du maxillaire supérieur. Trépanation à droite d'un grand sinus frontal, qui se prolonge à gauche. De ce côté nous ne trouvons point de sinus frontal. Evidement d'ethmoïde. Trépanation du sphénoïde droit ensuite, perforant la cloison nous évidons l'ethmoïde et le sphénoïde gauches que nous trépanons également. Tamponnement nasal et suture de la plaie externe.

Suites opératoires: Suppuration persistant assez longtemps dans les fosses nasales. Polypes enlevés à la pince à plusieurs reprises, siégeant sur les débris de l'ethmoïde. Les sinus sphénoïdaux dont les orifices se maintiennent difficilement ouverts suppurent encore et sont débarrassés à l'aide de la curette fenêtrée des polypes qui encombrant leur orifice agrandi. Pansement à la solution iodée et avec huile mentholée. Grâce à ces soins consécutifs, prolongés pendant plus de deux mois, nous sommes arrivés à ce résultat, que les sinus ne sécrètent plus de pus, mais cependant il persiste des croûtes disséminées partout sur la muqueuse des fosses nasales, sans qu'aucun des pansements que nous avons faits aient aucune tendance à les faire diminuer. Ces croûtes sont plus abondantes à gauche (du côté de la fosse nasale la plus large). Aussi proposons-nous au Dr Lagarde de bien vouloir faire à la malade des injections de paraffine sous la muqueuse des fosses nasales. Les injections sont faites sur la cloison et des deux côtés dans chaque fosse nasale et sous le plancher de la fosse nasale gauche. A droite il reste un débris de cornet inférieur que nous augmentons de volume en le bourrant de paraffine, faisant des injections à froid.

Aussitôt ces injections faites, nous remarquons une sorte de réaction de la muqueuse et une notable augmentation de la sécrétion. Mais celle-ci est plus fluide et adhère moins à la muqueuse. Nous faisons quelques pansements à la glycérine iodée dans l'intervalle des injections.

La guérison ne tarde pas à survenir et la muqueuse reprend

peu à peu son aspect normal. Lorsque nous présentions, en mai 1905, la malade dans le service de notre maître, le Dr Lermoyez, la guérison était complète. Nous l'avons revu tout dernièrement, juillet 1905, l'amélioration avait persisté. La pharyngite était beaucoup marquée et la sensation de gêne qu'éprouvait la malade n'existait plus.

OBSERVATION II

Pansinusite unilatérale.

H. M., 21 ans, de Tonnerre, vient nous consulter à l'Hôtel-Dieu pour une affection des fosses nasales, datant de dix ans. A cette époque la malade se rappelle avoir eu un écoulement purulent très abondant de la fosse nasale droite, avec grande gêne de la respiration nasale. Adressée par un médecin de province à Paris au Dr Chipault, celui-ci enleva en plusieurs séances des polypes à l'anse froide. Puis elle vint il y a quatre ans à la consultation de l'Hôtel-Dieu où elle vit le Dr Martha qui pratiqua l'extraction de plusieurs volumineux polypes de la fosse nasale droite. Il fit même sous chloroforme un curettage des fosses nasales. Malgré d'autres petites interventions, l'écoulement purulent persistait et la malade n'était que partiellement soulagée. De temps à autre, douleurs frontales avec céphalée sourde et gravative.

Quand nous la voyons pour la première fois, en août 1904, l'examen est très difficile. La malade a en effet des crises nerveuses, survenant à la moindre occasion. La joue droite est légèrement tuméfiée et œdématisée, l'angle de l'œil droit est plus ouvert. Les narines sont très larges et le nez est comme épaté à la base. Il est plus large à droite qu'à gauche.

A l'examen des fosses nasales, la droite est bourrée de polypes rouges, saignant et baignant dans le pus, elle est très large par refoulement en dehors de la paroi externe et forte déviation à gauche de la cloison. La gauche est réduite à l'état de fente par suite de la grande déviation de la cloison. Néanmoins, en écartant l'aile du nez on se rend compte que la fosse nasale ne renferme pas de polypes.

Eclairage par transparence : obscurité de la joue et du front, à droite.—Cacosmie subjective. Douleurs frontales droites spontanées et à la pression. Pas de dents cariées dans la bouche.

A plusieurs reprises nous voulons enlever quelques polypes à

l'anse froide, mais chaque fois la malade, très nerveuse, est prise de crises hystéroides. Elle est admise dans le service du Dr Muselier où elle subit un traitement antinerveux pendant un mois.

Nous la revoyons en octobre où son état général étant meilleur, nous décidons une opération radicale.

Opération le 12 novembre 1904. — Dans le service du professeur Le Dentu.

Dans un premier temps, opération de Luc sur le sinus maxillaire, qui est bourré de polypes et de fongosités. Résection large de la paroi interne du sinus à la grosse curette, et en même temps ablation de grosses masses polypeuses intranasales, l'index gauche introduit dans la fosse nasale guidant la curette.

Deuxième temps. — Trépanation de la paroi antérieure du sinus frontal dans sa totalité, résection de la partie supérieure de la branche montante du maxillaire. Le sinus frontal est de moyenne dimension. Trépanation de la totalité de l'ethmoïde par la voie maxillo-orbitaire. Le sinus sphénoïdal est également trépané par la voie orbitaire et cureté des abondantes fongosités qu'il renferme. Suture de la plaie frontale et de la plaie gingivale.

Soins consécutifs. Longue surveillance intranasale et grandes difficultés à maintenir le sinus sphénoïdal ouvert. Le sinus maxillaire donne un peu de pus. Rien du côté du frontal. Au bout de deux mois, toute sécrétion sinusale a disparu, mais il reste d'abondantes croûtes dans toute la fosse nasale droite, surtout au niveau du plancher.

Redressement de la cloison en mai 1904, à la suite de laquelle la respiration se fait bien à gauche. Croûtes très peu abondantes à droite mais elles persistent toujours.

En avril 1905, injection de paraffine. Eperon artificiel sur la cloison. Les croûtes diminuent rapidement. En juillet, elles ont complètement disparu. Le sinus sphénoïdal ne sécrète plus. Résultat esthétique excellent.

OBSERVATION III

Sinusite fronto-ethmoïdo maxillaire.

La nommée M. A., 43 ans, 6, rue Exelmans, a été opérée par nous à l'hôpital Necker, le 21 novembre 1900, dans le service du Dr Le Dentu, pour une sinusite maxillaire datant de deux ans.

Opération de Luc le 21 novembre 1900. Le sinus est trouvé assez malade. Amélioration durable après l'intervention. Toutefois, nous revoyons la malade au début de 1904 à l'Hôtel-Dieu ; elle se plaint de douleurs frontales et d'écoulement de pus par le nez. Examen : fosse nasale polypeuse à droite. Douleurs frontales et sous-orbitaires à la pression. Obscurité fronto-maxillaire à droite. Ponction du sinus maxillaire ramène du pus.

Nouvelle opération le 16 mars 1904. — Résection de toute la paroi antérieure du sinus frontal. Celui-ci est trouvé très petit et bourré de fongosités. Evidemment ethmoïdal par voie orbitaire, par l'os planum et l'ethmoïde. Luc sur le maxillaire. Après l'opération du maxillaire, on complète l'intervention sur l'ethmoïde en s'aidant du doigt passé dans la fosse nasale et de la curette introduite par plaie orbitaire.

Le 12 avril, la malade sort de l'hôpital sans apparence de sécrétion purulente, mais avec quelques croûtes et avec un peu de diplopie.

Le 18 avril, les douleurs frontales ont disparu. Réunion de la plaie frontale par première intention.

La malade revint nous voir en avril 1905, se plaignant de moucher encore des croûtes qu'elle a beaucoup de peine à détacher, et se plaignant de sécheresse de la gorge.

Nous injectons chez elle de la paraffine à froid et nous épaississons notablement la cloison du côté malade. Paraffine également dans la paroi externe dans la portion qui reste en avant de l'orifice maxillaire.

La malade revue huit jours après n'a plus de sensation de sécheresse, mouche croûtes plus molles.

Un mois après, à l'aide de badigeonnages à l'huile mentholée, les croûtes ont disparu tout à fait.

OBSERVATION IV

Sinusite maxillaire gauche.

B. L., 44 ans, vient nous revoir en janvier 1905, pour des croûtes très abondantes persistant depuis l'intervention sur le sinus maxillaire gauche que nous lui avons faite en 1902, à Necker. Il s'agit d'un malade que nous avons opéré de sinusite maxillaire, au début de l'année 1902 ; nous lui avons fait à cette

époque l'opération de Luc. Les suites opératoires furent normales et le malade est sorti de l'hôpital tout à fait guéri au bout d'un mois.

Nous l'avons revu à la consultation de Necker en septembre 1904, se plaignant de croûtes très difficiles à détacher dans les fosses nasales. Nous lui fîmes à ce moment-là des pansements à la glycérine iodée à raison de deux par semaine, et nous lui fîmes reniffler de l'eau salée et vaseline mentholée. Puis, devant la persistance des croûtes, nous le laissâmes, lui conseillant quelques lavages à l'eau salée de temps à autre.

En mai dernier nous entreprenons des injections de paraffine à froid mais il était très difficile de les faire tenir sous la muqueuse, celle-ci étant très friable et très adhérente. Nous parvenons néanmoins à les faire tenir un peu sur la cloison.

Il y avait chez ce malade à la fin de juillet un peu moins de sécheresse de la gorge et les croûtes sont un peu moins abondantes et plus faciles à moucher. Nous ne l'avons plus revu depuis.

IV

PROCÉDÉ D'EXAMEN DU LARYNX ET DU CAVUM NASO-PHARYNGIEN CHEZ LES SUJETS HYPERESTHESIQUES (1)

Par **Jacques FOURNIÉ**, médecin adjoint du service d'oto-laryngologie
à l'hôpital Péan.

I

L'examen du larynx, celui du rhinopharynx, se heurtent très souvent à des difficultés grandes, parfois insurmontables. Je ne parle pas ici des tout jeunes enfants ni des quelques cas où intervient une malformation anatomique. J'ai en vue les sujets, et ils sont nombreux, dont la réflectivité bucco-pharyngée est anormalement accrue, que la cause en soit dans la lésion du voisinage ou qu'elle soit le fait d'une névrose, du neuroarthritisme, de l'alcoolisme, du nicotisme, ou seulement l'expression d'un sentiment de crainte et d'appréhension devant l'inconnu d'un premier examen.

Certes, je ne voudrais pas dénier la dextérité et la rapidité de vision que donne une longue pratique, surtout en ce qui concerne la rhinoscopie postérieure. Cependant j'estime que le succès est fonction beaucoup moins de l'habileté de l'opérateur que de la sensibilité du patient. Quand nous sommes en présence de mouvements répétés de déglutition, que nous avons devant nous ces langues réfractaires, à gros dos, ces langues

(1) Communication à la Société parisienne de laryngologie, 10 novembre 1905.

hyperesthésiques, ces voiles du palais qui se contractent dès la pose de l'abaisse-langue, et que le moindre contact réveille le spasme nauséux, l'adresse du médecin perd ses droits.

Je n'insiste pas sur les moyens généralement employés en pareils cas. Les ressources de la psychothérapie s'allient aux manœuvres les plus diverses : artifices de position, de respiration, de phonation ; apport d'instruments variés, abaisse-langue spéciaux, etc. Résultat : grande perte de temps et, le plus souvent, renvoi du malade à un examen ultérieur.

Il y a bien un procédé plus effectif : la cocaïnisation. Comment s'en sert-on et qu'en a-t-on obtenu jusqu'ici ?

Dans la rhinoscopie postérieure, d'abord. Je cite le Dr Lermoyez : « La cocaïne ne donne pas, en pratique, les bons résultats que théoriquement on est en droit d'en attendre. Si l'on badigeonne la gorge avec une solution de cocaïne à 1/10, on ne fait qu'accroître les réflexes, par l'excitation qu'elle cause le contact du pinceau ; pour obtenir une anesthésie appréciable, il faut employer une solution à 1/5 et faire deux ou trois badigeonnages étendus au devant et en arrière du voile... on réussit mieux et avec moins de danger, par des insufflations de poudre de cocaïne ; mais au moment où l'anesthésie du voile est obtenue, il y a tout avantage à appuyer le releveur du voile ».

Pour la laryngoscopie, même technique : cocaïnisation à outrance du voile et de la paroi pharyngée postérieure. La muqueuse, ainsi privée de sa réaction hostile, va fraterniser, du moins l'espère-t-on, avec le miroir qui s'appuie sur elle.

Dans l'un et l'autre cas on réussit quelquefois (encore m'expliquerai-je là-dessus tout à l'heure), ou on parvient à grand-peine à entrevoir le larynx ou le cavum rébarbatif, enfin le plus souvent c'est l'insuccès. Il faut remettre l'examen à une nouvelle séance, à moins qu'on ne veuille généraliser la cocaïnisation à tout l'isthme pharyngé et au larynx, à l'aide du pinceau et de la seringue laryngienne : on arrive ainsi à voir la glotte.

II

Cependant je ne fais pas cette cocaïnisation étendue et la cocaïne m'a toujours donné, avec une technique très simple, un succès facile, prolongé et relativement rapide. Il y a un « seulement » qui semble à première vue paradoxal et qui est très rationnel si on en recherche l'explication. Sauf exception, ce n'est pas la muqueuse que touche le miroir laryngé qu'il faut anesthésier, c'est celle qu'il ne touche pas ; ce n'est pas en haut, sur le voile et sur la paroi pharyngée postérieure, même et surtout dans la rhinoscopie postérieure, qu'il faut porter la cocaïne, c'est en bas, à la base de la langue, dans les *fosselles glosso-épiglottiques*. C'est là qu'est le point de départ du réflexe nauséeux, c'est là qu'il faut l'atteindre et l'annihiler.

A cet effet, point n'est besoin de seringue laryngée. Un simple porte-coton pharyngé et une solution de cocaïne à 1/10 suffisent. Les premières applications, pendant lesquelles je tiens la langue ou la laisse libre suivant les cas, réveillent aussitôt le réflexe nauséeux ; je n'insiste pas, je retire mon stylet. Les applications suivantes, devenant rapidement mieux supportées, sont plus longues. Enfin mon porte-coton se promène impunément dans l'angle glosso-épiglottique ; j'attends encore une ou deux minutes, le malade est prêt, je l'examine très aisément.

On pourrait, sans doute, se servir de cocaïne en poudre. Je ne l'ai pas essayé, préférant suivre, avec le stylet, les progrès de l'anesthésie.

J'ajoute que le temps donné à cette anesthésie (cinq à dix minutes) est certainement moins long que celui dépensé par la diplomatie du médecin et les essais réitérés d'examen le plus souvent infructueux d'ailleurs.

III

Les succès que j'obtiens par ce procédé confirment bien que le point de départ principal, *pratiquement unique*, du réflexe

nauséux, non pas gustatif, mais tactile, siège dans la *zone glosso-épiglottique*. Très accessoirement, ce siège s'étend aux piliers, au voile et à la paroi pharyngée postérieure. Or, ce siège principal du réflexe est, au cours de l'examen, tirailé de façon multiple.

Chez les sujets qui nous occupent, malgré les conseils donnés, le diaphragme et la cage thoracique s'immobilisent, la respiration s'arrête ou se fait par saccades, la langue se contracte, prenant des points d'appui instables, toute la région péri-épiglottique est comme dans l'attente du spasme. La zone réflexe, ainsi immobilisée dans cet état de veille, répondra plus vivement aux sollicitations voisines : sollicitations directes mécaniques ; sollicitations indirectes, par l'effet d'un réflexe psycho ou sensitivo-moteur péri-épiglottique.

Les points de départ de ce réflexe sensitivo-moteur sont plus ou moins partout dans la cavité bucco-pharyngée. Quant aux sollicitations mécaniques directes, si deux sont généralement connues, la traction de la langue et sa compression par l'abaisse-langue, il en est une sur laquelle je voudrais attirer l'attention, c'est, dans la laryngoscopie, l'action du miroir.

En effet, il s'appuie sur le voile, le soulève, et, par l'intermédiaire des piliers, exerce une traction bilatérale sur la base de la langue. Cette traction contrarie en outre celle exercée par la main qui tire l'organe hors de la bouche. Le médecin emploie donc ses deux mains à réveiller le réflexe nauséux.

La cocaïnisation du voile et de la paroi pharyngée postérieure, comme on le fait, supprimera bien un réflexe de défense sensitivo-moteur qui peut être puissant et provoquer à son tour le réflexe nauséux ; les autres restent. Et alors même que le réflexe palatin serait le seul important, son abolition n'empêche pas les sollicitations directes dont nous venons de parler et qui expliquent, pensons-nous, les succès ou les succès seulement partiels de cette cocaïnisation mal entendue.

Quant aux heureux résultats de la laryngoscopie qui suivent l'anesthésie totale, généralisée au pharynx, à l'isthme bucco-pharyngé et au larynx, ce n'est pas à la réunion de ces cocaïnisations multiples qu'il faut les attribuer, c'est unique-

ment parce que la cocaïne a passé par la région glosso-épiglottique, la seule qui importe.

Étudions maintenant la cocaïnisation du voile seul dans la rhinoscopie postérieure. Pourquoi, dans le but d'anéantir les contractions réflexes, anesthésier un organe qu'on ne doit pas toucher ? La cocaïne, d'autre part, n'a pas, que je sache, d'action sur les nerfs moteurs ou sur les muscles. Le voile anesthésié peut très bien se contracter sous l'influence d'une excitation banale voisine, à plus forte raison quand il participe au syndrome nauséux provoqué par le contact et la pression de l'abaisse-langue.

Cette objection se pose également contre l'application du releveur du voile, pour laquelle l'anesthésie du voile est évidemment nécessaire, mais loin d'être suffisante chez les sujets difficiles dont nous parlons, parce que le spasme nauséux et l'obstacle lingual la rendront toujours pénible et difficile, le plus souvent impossible ou inefficace.

Enfin si, dans ces cas, on arrive, après cocaïnisation du voile seul, à entrevoir un cavum ou un larynx, je crois fortement que la raison en est dans ce fait que l'anesthésie s'est déplacée à l'insu du spécialiste. Il est très probable, dans un large badiageonnage du voile, que la cocaïne descend le long des piliers vers la zone glosso-épiglottique, si elle n'y vient pas directement, le pinceau étant exprimé entre le voile et la langue qui se ramasse en haut et en arrière, d'où une anesthésie partielle de la région nauséuse.

IV

Avant de terminer, je voudrais rapprocher de ce procédé d'anesthésie deux ordres de faits qui lui sont connexes.

L'un a trait au manuel préconisé par le Dr Mendel pour ses injections laryngées. Sa première technique, qui consistait à déposer le liquide dans le sillon glosso-épiglottique, fut reconnue inefficace par lui-même, à la suite des critiques très judicieuses, pour ainsi dire classiques, de mon collègue et ami le Dr Viollet. Il y avait provocation d'un mouvement de déglutition, d'où obstacle à l'absorption laryngée. Dans son dernier

procédé, il projette le liquide contre la paroi postérieure ou latérale du pharynx : assez souvent alors le liquide pénètre dans le larynx et la trachée, en partie au moins. Encore n'est-on pas à l'abri d'un réflexe indirect de déglutition parce que la langue est tenue par l'opérateur.

L'autre fait, ce sont les tractions rythmées de la langue. Le Dr Laborde avait constaté que ces tractions réveillaient d'abord les contractions diaphragmatiques. De plus, la section des nerfs laryngés supérieurs lui montra que l'action provocatrice réflexe des tractions linguales était très amoindrie, c'est que le point de départ, l'incitateur de ce réflexe, était, de ce fait, réduit en majeure partie. Et il ajoutait : « La provocation constante du réflexe de déglutition, qui précède même d'habitude, dans ces conditions, la réapparition du réflexe respiratoire, semble donner une importance particulière à l'intervention du glosso-pharyngien dans le mécanisme physiologique dont il s'agit. »

Ces expériences marquent l'importance et la sensibilité du réflexe phrénique à point de départ laryngé supérieur. Or, le spasme nauséeux s'appuie sur une forte contraction du diaphragme et s'accompagne souvent d'ailleurs d'un accès de toux plus ou moins violent. D'autre part, la base de la langue, anti-épiglottique et la face linguale de l'épiglotte et des replis sont innervées, conjointement au glosso-pharyngien, par les terminaisons antérieures des nerfs laryngés supérieurs.

Dans le procédé que j'emploie, j'anesthésie donc à la fois les terminaisons du glosso-pharyngien et celles du laryngé supérieur. Il est même probable qu'une partie de la solution cocaïnique passe au-dessus et en arrière des replis glosso-épiglottiques et rend cette anesthésie du laryngé supérieur plus complète encore. J'en conclus que, si le glosso-pharyngien entre en jeu dans le réflexe nauséeux tactile, le laryngé supérieur y entre également avec une participation très importante, non mise en relief jusqu'ici.

Quant à ma conclusion pratique, c'est que l'anesthésie de la région, dite nauséuse, glosso-épiglottique, abolit à la fois les mouvements répétés de déglutition et le spasme nauséeux provoqués par les incitations diverses que nous avons étudiées ;

qu'elle rend malléables et sans réaction ces langues hostiles dont la contracture semblait défendre, en l'immobilisant, la zone réflexe éminemment sensible qu'elles sentent à leur base ; qu'elle permet enfin, dans ces cas difficiles, tout examen du larynx et du rhino-pharynx (1).

(1) 1^o S'il est nécessaire, sur les malades rebelles, de pousser à fond l'anesthésie de la région glosso épiglottique, dans beaucoup d'autres cas, une anesthésie partielle, demandant trois à quatre minutes, suffit ; il y a là une question de tact, facile à résoudre. Un exemple : Voici un enfant assez raisonnable qui tolère l'abaisse-langue. Cependant, dès que l'on introduit le miroir pour voir son cavum, le voile se relève, effet d'un réflexe psychique ; si l'on insiste, le spasme nauséux se produit. Dans ces conditions, on réussit avec une cocaïnisation légère de la base de la langue et on évite le toucher digital qui effraie tant de parents.

2^o Dans les interventions d'amygdales enchâtonnées, un peu longues parfois, ce procédé, employé exclusivement, ou joint à l'anesthésie amygdalienne, si on la croit utile, facilite beaucoup, dans certains cas, la tâche de l'opérateur.

NOTES DE TECHNIQUE

I

INSTRUMENTS DE RHINOLOGIE

Par E. ESCAT.

I. -- PULVÉRISATEUR NASAL DÉMONTABLE ET A NETTOYAGE FACILE (fig. 1)

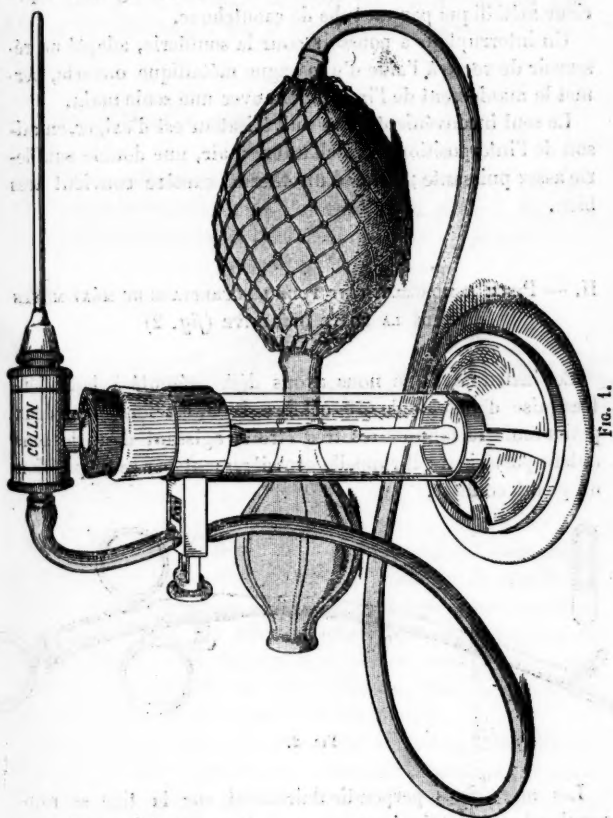
De nombreux modèles de pulvérisateur nasal à cocaïne ont été proposés ; la plupart semblent bien remplir leur but, mais presque tous se détériorent avec la plus grande facilité : l'obturation extrêmement fréquente du tube central par les oxydes met souvent, après un usage très court, l'appareil hors d'emploi.

Pour obvier à cet inconvénient nous avons fait construire par la maison Collin un modèle spécial qui depuis plus de deux ans nous a donné complète satisfaction.

La caractéristique de ce modèle est de ne présenter aucun segment courbe, toujours difficile à nettoyer ; toutes les pièces rectilignes s'ajustent en ligne droite ou à angle droit ; facilement démontées elles peuvent être écouvillonnées ou cathétérisées avec la plus grande facilité.

Le tube central formé d'une aiguille en platine pourvue d'une douille semblable à celle des aiguilles de seringue à injection hypodermique peut être cathétérisée au moyen d'un fil de

polypotome que tout rhinologiste a constamment sous la main.



La distance qui doit séparer l'extrémité libre du tube intérieur de l'extrémité du tube extérieur peut être réglée avec la plus grande précision grâce à un pas de vis ménagé dans la douille de ce dernier.

La partie du tube qui plonge dans le liquide est en verre, ce qui prévient à la fois l'altération de l'appareil et la décomposition de la solution ; cette pièce est reliée au segment supérieur métallique par un tube de caoutchouc.

Un interrupteur à poussoir pour la soufflerie, adapté au réservoir de verre à l'aide d'une bague métallique ouverte, permet le maniement de l'instrument avec une seule main.

Le seul inconvénient de ce pulvérisateur est d'exiger, en raison de l'interposition de la chambre à air, une double soufflerie assez puissante ; celle d'un thermo-cautère convient très bien.

II. — PINCE A MORCELLEMENT POUR LE CURETTAGE DU MÉAT MOYEN ET DE LA FENTE OLFACTIVE (fig. 2)

Cet instrument que nous avons déjà présenté à la Société française d'otologie le 19 octobre 1903, est formé de deux petits mors rectangulaires très étroits agissant dans le sens antéro-postérieur ; il rappelle grossièrement par sa disposition un pied à coulisse.

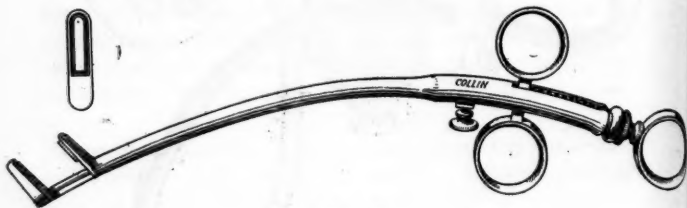


FIG. 2.

Les mors fixés perpendiculairement sur la tige se rapprochent ou s'écartent comme ceux d'un lithotriteur ; toutefois le mécanisme est tout différent, il n'est autre que celui du manche de la pince laryngienne de Moritz Schmidt.

La courbure de la tige appartient à un cercle parfait.

Cet instrument permet de curetter à fond sans le moindre danger les polypes diffus du méat moyen et de poursuivre

ceux de la fente olfactive, sans craindre de léser la lame criblée.

Ajoutons que le curettage fait avec cet instrument est loin d'être aussi douloureux que le curettage à la curette.

III. — PINCE A FIBROMES NASO-PHARYNGIENS (*fig. 3*)

Le 22 septembre 1899, nous avons présenté au Congrès d'oto-rhino-laryngologie de Barcelone une pince à fibrome figurée depuis dans notre traité des maladies du pharynx.

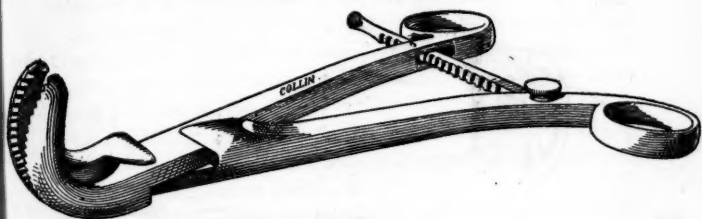


FIG. 3.

Cet instrument, en dépit des services qu'il est susceptible de rendre dans l'extraction de certains fibromes de résistance relative, a été, de l'avis de divers confrères, manifestement impuissant contre des fibromes particulièrement ligneux et mal pédiculés, aussi certains spécialistes ont-ils cru devoir proposer des instruments plus robustes, telle l'originale et puissante pince de notre maître Lubet-Barbon.

Sans douter le moins du monde des services que le chirurgien est en droit d'attendre de ce dernier instrument, il nous a semblé que quelque perfectionnement apporté à notre pince primitive, dans le but de la rendre plus puissante, pourrait multiplier ses indications.

Le nouveau modèle que nous utilisons diffère du premier par des branches plus fortes et des mors plus puissants, dont les bords au lieu d'être minces et tranchants sont épais et dentés, prenant contact à la façon d'un engrenage.

La forme des mors en demi-cuiller a été respectée.

Cet instrument autrement puissant que le modèle primitif et d'un maniement tout aussi facile, permet une prise beaucoup plus énergique.

IV. — PINCE A VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES

Les adénotomes ayant depuis longtemps, et, à juste titre détrôné les pinces pour le curettage du naso-pharynx une pince à végétation ne saurait plus être un instrument d'actualité.

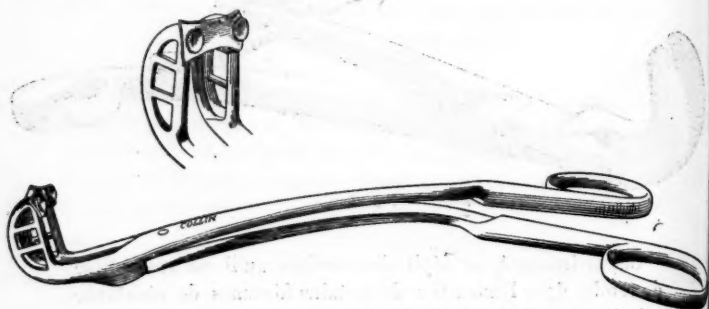


FIG. 4.

Comme la plupart de mes confrères en rhinologie, je pratique couramment l'ablation des végétations avec l'adénotome de Moritz-Schmidt; toutefois, il m'est arrivé en diverses circonstances de recourir à une pince soit pour détacher des fragments de végétation pendus à la voûte après le curettage, soit pour saisir avant ce curettage la masse principale de la végétation réservée pour l'examen histologique, soit enfin pour pratiquer l'opération en un seul temps chez des enfants indociles que j'avais des raisons de ne point soumettre à l'anesthésie générale. C'est dans ces seuls cas particuliers que j'ai encore recours à la pince. Etant donné son peu d'actualité, je

n'aurais point songé à la faire connaître si quelques confrères spécialistes qui me l'ont vu employer, ne m'y avaient encouragé.

Les mors de cet instrument sont de forme semi-lunaire, plats et fenêtrés, tranchant seulement sur le bord convexe.

La forme plate des mors a pour but de diminuer la place occupée par leur épaisseur dans le cavum et de leur permettre par suite de s'insinuer jusqu'aux limites latérales de la voûte.

Les pinces classiques à cuiller dont celle de Læwenberg est le type, avaient en effet le défaut, en raison de l'espace occupé par la convexité des cuillers, de ne permettre que des prises centrales ; il en résultait que les masses adénoïdes des parties latérales de la voûte ne pouvaient être atteintes.

Les mors plats ont encore pour but de réduire au minimum l'épaisseur de l'instrument fermé et de n'exiger qu'un seul modèle servant à la fois pour les enfants au-dessus de deux ans et pour les adultes.

La disposition fenêtrée enfin permet d'embrasser la masse totale de la végétation sans l'écraser et sans que cette dernière gêne le rapprochement des mors.

Les bords antérieurs rectilignes et cylindriques des mors restent espacés de 2 millimètres quand les bords tranchants sont au contact.

En outre de cette disposition destinée à éviter la blessure du vomer, l'extrémité supérieure des bords antérieurs est pourvu d'une petite borne.

Entre les deux bornes on fixe une bandelette de caoutchouc vulcanisé dont voici le rôle :

Sitôt que l'instrument introduit dans le cavum est arrivé au contact de la voûte, les branches sont écartées au maximum de façon à ce que les mors atteignent les limites latérales de la voûte ; puis l'opérateur tire à lui l'instrument dans le plan horizontal ; mais la bandelette de caoutchouc venant appuyer sur le bord postérieur de la cloison, son élasticité mise en jeu, tend à ramener la pince en arrière.

L'opérateur percevant ce mouvement s'empresse de céder au recul automatique de l'instrument ; certain dès lors de ne pouvoir pincer le vomer, la main gauche soulevant les

branches, afin de rendre plus intime le contact des mors avec la voûte du pharynx, il lui suffit de rapprocher les branches pour embrasser la masse totale de la végétation.

Pendant l'application de cette pince il faut veiller à ce que les branches ne soient pas trop abaissées vers les incisives inférieures sans quoi les mors basculant en avant peuvent venir saisir le vomer par leur bord tranchant ; les branches doivent donc être tenues à égale distance des arcades dentaires supérieure et inférieure.

II

DEUX INSTRUMENTS NOUVEAUX

Par **Georges MAHU**, ex-assistant-suppléant d'oto-rhino-laryngologie
des Hôpitaux de Paris.

I. — PINCE A POLYPES DE L'OREILLE

Les polypes de l'oreille sont le plus souvent des petites tumeurs fongueuses de nature conjonctive, exceptionnellement myxomateuse, et devenant parfois de véritables fibromes.

Ils prennent naissance au cours de suppurations de l'oreille moyenne ou de l'oreille externe et sont généralement implantés sur des surfaces osseuses atteintes d'ostéite : sur le fond de caisse, sur les osselets, sur le pourtour du cadre tympanal, ou encore à l'orifice d'une fistule mastoïdienne débouchant dans le conduit auditif.

On trouve également des fongosités polypoides en dehors de toute surface osseuse malade, sur les bords d'une perforation tympanique ou de la membrane de Schrapnell.

Les polypes auriculaires suppurant pour leur propre compte et augmentant peu à peu de volume, deviennent une cause d'infection et un obstacle à l'écoulement du pus provenant des parties sur lesquelles ils ont pris naissance.

A ce double titre, leur suppression s'impose, quelle que soit leur nature et quelle que soit leur position.

Toujours très vasculaires, ils sont ou pédiculés ou sessiles.

Quand leur volume est minime on peut, pour les détruire, employer la cautérisation chimique ou galvanique ; mais, quand ils sont gros, il faut avoir recours à l'excision.

Cette excision se fait aisément à l'anse froide lorsque les polypes, pédiculés, peuvent être facilement atteints. Mais tel n'est pas toujours le cas. Fréquemment, au contraire, il est difficile de les saisir par ce moyen, soit à cause de leur forme, soit à cause de l'emplacement qu'ils occupent.

Souvent embarrassé dans des cas de ce genre et, ne connaissant pas d'instrument commode pour cette intervention, nous avons fait construire par Collin une pince qui nous satisfait entièrement et dont voici la description :

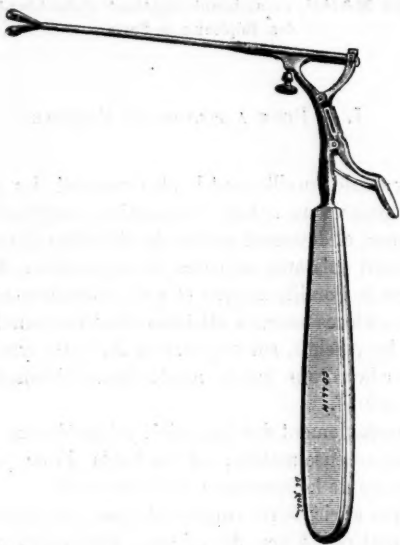


FIG. 1.

Les mors de cette pince sont constitués par deux petites cuvettes dont les branches, courtes et flexibles, forment entre elles un angle aigu soudé par son sommet à une petite tige ronde rigide de la grosseur d'une aiguille à tricoter et longue de huit centimètres.

Sur cette tige glisse, à frottement doux, un tube qui l'en-

tourne à la façon d'un fourreau et dont l'extrémité antérieure, progressant tandis que la tige reste fixe, serre les deux mors l'un contre l'autre jusqu'au contact, de telle sorte que le fonctionnement de la pince s'effectue *sans aucun déplacement antéro-postérieur de ses mors.*

Ce système est supporté par un manche faisant avec lui un angle obtus voisin de 90°.

Le mouvement du tube est obtenu au moyen de la combinaison de deux leviers du premier genre ayant tous les deux leur point d'appui sur le manche de l'instrument. La puissance, représentée par le pouce de l'opérateur, agissant sur le grand bras du premier levier produit, par l'intermédiaire du second, la progression du manchon et, par suite, le rapprochement des deux mors; le pouce, cessant sa pression, le grand bras du premier levier, soulevé par un ressort, reprend sa place, le tube revient en arrière et les mors s'écartent l'un de l'autre.

La tige porte-mors est fixée au manche au moyen d'une vis de serrage. Desserrant cette vis, on peut faire tourner la tige à volonté autour de son axe et, de la sorte, faire agir la pince dans n'importe quel plan.

Pour la stérilisation, desserrer la vis et tirer à soi la tige par ses mors jusqu'à sa sortie du manchon.

Le manche, tenu par les quatre doigts de la main, le pouce appuyant sur le levier, l'instrument pendant son emploi sera placé dans le plan vertical, dans le plan horizontal, ou dans des plans obliques intermédiaires, suivant la commodité de chacun.

Pour l'introduction dans le spéculum et dans le conduit, afin d'éviter la gêne résultant de l'écartement des mors à l'état de repos, appuyer sur le levier pour les rapprocher l'un de l'autre et attendre qu'ils soient parvenus à destination pour les laisser s'écarter d'un angle suffisant pour la préhension du polype.

II. — SERINGUE POUR INJECTIONS DE PARAFFINE A FROID

Le traitement du coryza chronique ozénateux par les injections sous-muqueuses de paraffine, préconisé par Moure et Brindel en 1902, a donné des résultats satisfaisants entre les mains de la plupart des médecins qui l'ont expérimenté.

Depuis plus de deux ans M. Lermoyez et moi avons régulièrement appliqué cette thérapeutique à un grand nombre d'ozéneux venus à la consultation oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine.

Mais, aussi longtemps que fut employée la méthode telle qu'elle avait été instituée par ses auteurs et consistant à injecter à chaud, sous la muqueuse des cornets, de la paraffine liquide, je dois à la vérité de dire que, malgré les quelques succès obtenus lorsque nous avons bien possédé le manuel opératoire, nous n'avions pas encore osé en généraliser l'emploi, et cela pour deux raisons principales : les accidents graves publiés par certains confrères et la longueur relative ainsi que la minutie des préparatifs avant l'injection.

Pour parer à ces inconvénients, des seringues pour injections de paraffine à froid furent inventées en 1903 par Harmon Smith et Grégory Connell, en Amérique, et reproduites peu après, avec des variantes, en Allemagne, en Autriche et en France par différents auteurs. Mais avec tous ces instruments, construits sur le modèle de la seringue à écrou de Guyon et nécessitant l'emploi des deux mains, la technique restait difficile.

Ce n'est qu'en août 1904, époque à laquelle Broeckaert présenta au Congrès de Bordeaux et décrivit dans la *Presse Médicale*, le 30 novembre suivant, une seringue pour des injections de paraffine solide — appareil pouvant être actionné d'une seule main sous le contrôle de la vue, tandis que l'autre maintient le spéculum — que nous avons entrevu immédiatement le côté pratique de la méthode, employée par nous depuis lors sans restriction ; et je suis heureux d'ajouter que, bien que nous n'ayons pas obtenu, à vrai dire, de guérisons

absolues de la rhinite atrophique, nous avons tout au moins constaté, dans un grand nombre de cas, la diminution très notable des deux symptômes les plus gênants de cette affection : la pharyngite sèche et l'ozène.

Toutefois, après avoir employé pendant quelque temps la seringue de Broeckaert, je constatai que cet appareil présentait quelques imperfections, entre autres l'irrégularité du fonctionnement au bout d'un certain temps, la difficulté pour l'opérateur de le tenir solidement en main, et le déplacement de l'extrémité libre de l'aiguille à chaque coup de piston. Aussi m'appliquai-je à étudier un appareil que je crois plus fixe, plus facilement maniable et dont voici la description :

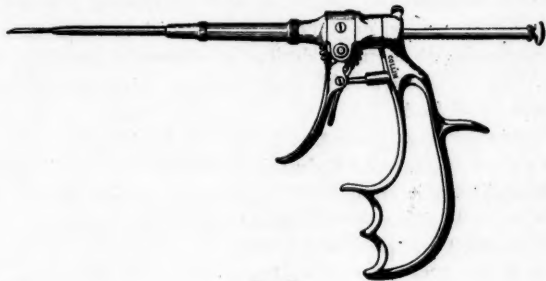


FIG. 2.

L'ensemble de cette seringue, construite par Collin, a la forme d'un pistolet et fonctionne de même. Elle se compose par suite de trois parties : la crosse, la culasse et le canon, pièces fixées les unes au bout des autres au moyen de pas de vis et que l'on peut démonter à volonté pour la charge et la désinfection.

La gâchette du pistolet est un bras de levier qui, par l'intermédiaire d'un cliquet, commande une roue à rochet accolée à un petit pignon, lequel engrène sur les dents d'une crémaillère mobile située dans l'axe commun de la culasse et du canon. L'extrémité antérieure, cylindrique, de la tige de cette crémaillère, glisse à frottement dur dans la culasse et constitue le piston de la seringue.

A chaque déplacement d'avant en arrière de la gâchette correspond une rotation d'un certain angle du pignon et, par suite, la pénétration du piston dans le corps de la seringue.

Charge de l'appareil. — La seringue se charge au moyen de véritables cartouches cylindriques de paraffine stérilisée, contenue dans des tubes de verre de même calibre intérieur que le corps de la seringue.

La paraffine spéciale employée doit être fusible à 45° environ, et suffisamment cassante pour ne pas former à sa sortie par l'extrémité de l'aiguille un long *ver* blanc d'une trop grande consistance. L'aiguille et le corps de la seringue préalablement stérilisés et refroidis, on maintient à l'aide du pouce et de l'index, de la main gauche, exactement juxtaposés orifice contre orifice, un tube de paraffine et le corps de seringue ; puis, de la main droite, on pousse la paraffine du tube dans la culasse à l'aide d'un mandrin métallique *ad hoc* également stérilisé.

Parfois, en hiver surtout, il est difficile de chasser la paraffine qui adhère aux parois du tube de verre. On remédie à cet inconvénient, soit en passant rapidement le tube dans une flamme, en le plongeant un instant dans l'eau chaude, ou en le réchauffant quelque temps dans la main,

La charge faite, visser l'aiguille sur le corps de seringue, puis l'ensemble sur la crosse, en ayant soin d'éviter tout contact avec les parties stérilisées.

Avant de visser l'ensemble du corps et de l'aiguille sur la crosse, tirer en arrière le piston-crémaillère de la façon suivante :

Chasser de gauche à droite le ressort-cliquet de sa position rectiligne en le poussant par la petite oreillette supérieure ;

De la main gauche faire basculer d'arrière en avant le grand bras de levier du cliquet de la roue à rochet de manière à le maintenir appliqué contre la gâchette ;

De la main droite, tirer en arrière jusqu'au bout de sa course la tige du piston ; puis ramener le ressort cliquet supérieur dans sa position rectiligne et lâcher le bras de levier du cliquet inférieur qui revient de lui-même dans sa position.

Fonctionnement de l'appareil. — Tenir la crosse de la

main droite à la façon d'un pistolet, mais en repliant seulement l'annulaire et l'auriculaire sur la partie antérieure de la crosse dans l'emplacement destiné à cet effet, l'index et le médius étant appliqués sur la gâchette.

Faire pression, à l'aide de ces deux derniers doigts, pour ramener la gâchette complètement en arrière, sans secousse, puis la laisser reprendre d'elle-même sa position de repos.

Répéter alternativement ces deux mouvements autant qu'il est besoin, comme si l'on faisait fonctionner un revolver.

On ne sentira tout d'abord aucune résistance, la seringue fonctionnant à vide tant que la paraffine n'a pas été poussée jusque dans la partie la plus rétrécie de l'aiguille. A ce moment on a à vaincre une résistance plus ou moins grande pour faire sortir la paraffine ; si la résistance est trop considérable (en hiver surtout), passer très rapidement l'aiguille dans une flamme ou dans l'eau chaude, ou la conserver quelques instants serrée dans la main.

Manuel opératoire. — Après avoir débarrassé la fosse nasale des croûtes et des sécrétions purulentes et avoir cocaïnisé les malades pusillanimes, tenant en place de la main gauche le spéculum nasi, enfoncer d'un coup sec, sous le contrôle de la vue, la pointe de l'aiguille sous la muqueuse et la faire pénétrer de 3 ou 4 millimètres, l'ouverture du biseau tournée du côté libre.

Pousser ensuite l'injection doucement. Les bruits du cliquet indiqueront l'avancement du piston et, par suite, la quantité proportionnelle de paraffine pénétrant dans les tissus.

Il est difficile d'indiquer la quantité approximative de produit à injecter à chaque fois ; elle dépend de la tolérance de la muqueuse, c'est-à-dire qu'elle est inversement proportionnelle à son degré d'atrophie.

Les injections faites sur les cornets, sur la cloison et même sur le plancher, en commençant par les plus profondes, sont espacées généralement à huit jours d'intervalle.

Peu à peu, parallèlement à l'amélioration constatée, on diminue le nombre des lavages, et, dans les cas favorables, on arrive à les supprimer tout à fait après une série plus ou moins longue d'injections.

En somme, il nous semble qu'en utilisant l'instrument simple et facile à manier que nous venons de décrire, la technique des injections de paraffine à froid devient à la portée de tous et l'on peut dire que ce procédé constitue actuellement le traitement spécifique de l'ozène.

Les injections de paraffine à froid présentent sur les injections faites à chaud de tels avantages, tant au point de vue de la simplicité que de l'innocuité, que nous nous sommes demandé, avec beaucoup d'autres expérimentateurs, s'il n'y avait pas lieu d'appliquer ce procédé à la prothèse externe.

Les expériences que nous avons faites nous ont démontré qu'il n'en était pas toujours ainsi.

En effet, lorsqu'il s'agit de restaurer certaines parties de la face et, en particulier, des arêtes plus ou moins vives, telles que celles du nez ou des rebords orbitaires, on arrivera beaucoup plus facilement à un bon résultat en employant la paraffine à chaud qui, prenant à volonté la forme imposée, conserve intégralement cette forme en passant brusquement de l'état liquide à l'état solide, qu'en injectant la paraffine à froid, laquelle, d'autre part, restant à demi-solide pendant un temps beaucoup plus long, résiste mal à la pression exercée sur elle par les tissus, et finit par se laisser déformer.

Aussi, d'une manière générale, sommes-nous d'avis de réserver pour le moment les injections de paraffine à froid, pour combler certaines pertes de substance dont la forme n'est pas d'un dessin trop délicat (dépressions après trépanation du sinus frontal, obturation de l'orifice rétro-auriculaire persistant après cure radicale... etc.) et surtout pour le traitement de l'ozène.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK (1)

Séance du 17 avril 1904.

CHARLES H. KNIGHT (New-York). — La tuberculose des fosses nasales. — Après avoir rappelé la rareté de la tuberculose nasale même chez les tuberculeux pulmonaires (un cas de Willigh sur 476 autopsies de sujets tuberculeux, six tumeurs tuberculeuses de Schäffer sur 470 tumeurs nasales), rareté explicable par la propriété bactéricide du mucus nasal (Lermoyez et Würtz, Thomson et Hewlet) ou par l'action mécanique des cils vibratils et du mucus qui chassent les microorganismes vers le vestibule nasal, l'auteur fait l'historique de la question, la division en tuberculose primitive et secondaire, dit quelques mots en passant de la relation qu'on a voulu établir entre la tuberculose pulmonaire et l'ozène et s'occupe du diagnostic de l'affection.

Il est, en général, facile de différencier la tuberculose de la syphilis nasale, bien qu'il y ait des formes mixtes souvent embarrassantes.

Il est souvent beaucoup plus difficile de distinguer la tuberculose du lupus de la muqueuse nasale ; le progrès serpigneux du lupus est caractéristique et F. Ingals déclare formellement que, quoique le bacille tuberculeux soit en cause dans le lupus et la tuberculose nasale, néanmoins l'aspect clinique et anatomo-pathologique sont différents.

D'autre part, dans son *Atlas der Nasenkrankheiten*, Krieg divise la tuberculose nasale en « lupoïde » et non « lupoïde » et rapporte un cas très intéressant de tuberculose lupoïde du septum représentant un stade intermédiaire vers la tumeur tuberculeuse.

Enfin, dans un cas de Lennox Brown, l'examen d'un cas de rhinite hypertrophique démontra à Wyatt Wingrave qu'il s'agissait d'un cas type de tuberculose.

(1) Compte rendu par H. Савочнз, d'après *The Laryngoscope*.

Le pronostic, sauf dans les formes lupoldes, est mauvais.

Comme traitement, l'auteur propose le curettage et les cautérisations avec divers caustiques.

JAMES NEWCOMB. — Tuberculose du pharynx. — L'auteur rappelle d'abord que, quoique beaucoup plus rare que celle qui coexiste avec des lésions pulmonaires avancées, la tuberculose pharyngée primitive existe indubitablement.

Primitive ou secondaire, la tuberculose pharyngée est rare. Lennox Brown l'estime à 33 ou 25 % de toutes les formes de la tuberculose des premières voies respiratoires. Heintz ne l'a rencontrée que 14 fois sur 1.226 tuberculeux pulmonaires; et Willigh seulement une fois sur 1.317 cas de tuberculose pulmonaire. Chez l'enfant elle est plus rare encore, on n'en connaît pas plus d'une centaine de cas survenus jusqu'à l'âge de 18 ans.

Deux pathogénies ont été invoquées pour expliquer l'apparition de la tuberculose pharyngée. Ou bien l'infection se fait par la voie sanguine ou lymphatique, ou bien elle se fait directement à travers l'épithélium pharyngé. Dans les deux cas on ne s'explique pas bien l'espèce d'immunité relative du pharynx pour la tuberculose comparativement au larynx et au poumon. Il doit y avoir un facteur dans la muqueuse pharyngée qui n'existe pas dans la muqueuse laryngée ou pulmonaire (Jonathan Wright.)

On a beaucoup écrit sur la possibilité pour le bacille tuberculeux de traverser un épithélium sain. Il est possible qu'à la période ultime de la tuberculose pulmonaire, des cocci, partis du foyer d'infection mixte pulmonaire, fassent sous la muqueuse pharyngée de petits abcès aboutissant à de petites érosions de la muqueuse permettant l'entrée des bacilles.

Mais certains auteurs pensent que le bacille des crachats peut franchir directement la muqueuse saine. Suivant le degré de pénétration, la virulence du bacille et la vulnérabilité des lymphatiques, on peut avoir une tuberculose latente, une lésion locale typique ulcéreuse, ou bien une lésion typique avec infection à distance.

L'auteur passe ensuite en revue les principaux faits nouvellement acquis sur le sujet et il insiste surtout sur la forme diphtérique de la tuberculose pharyngée; sur la tuberculose du palais osseux, et sur la forme latente de la tuberculose pharyngée.

Il rappelle l'histoire d'une fillette de 10 ans qui, souffrant de la gorge, présentait de fausses membranes dans lesquelles on ne put découvrir le bacille de Klebs Loeffler, et qui, ultérieurement

et rapidement, présenta les signes habituels de la tuberculose pharyngée.

Grogler a rapporté 10 cas de lésions tuberculeuses du palais ayant abouti à une perforation osseuse. Sur ces 10 cas, 8 apparurent au cours d'une tuberculose pulmonaire ou laryngée, 2 seulement étant primitifs. C'est une tuberculose lente avec ses symptômes locaux habituels. Il faut distinguer la perforation, quand elle se produit, de la perforation syphilitique, de la perforation congénitale, traumatique, scorbutique, enfin du mal perforant.

En ce qui concerne la tuberculose latente des amygdales, l'auteur rappelle les travaux de Cornil et Weigert en 1884. Il cite les conclusions du travail de Scherkler (1893) sur les relations entre les tuberculoses tonsillaires pulmonaires et cervico-ganglionnaires. Les crachats bacillifères contaminent l'amygdale qui contamine les ganglions cervicaux. Krueckmann (1894) confirme ces vues, mais ajoute que dans 2 cas, les amygdales furent infectées primitivement par les aliments. Comme la tuberculose vulgaire, la forme latente peut donc être primitive ou secondaire.

Il rappelle ensuite la communication de Dieulafoy à l'Académie de Médecine le 30 avril 1895.

Levin, 1899, reprenant ces recherches, arrive aux conclusions suivantes :

1° Cinq % des amygdales palatines hypertrophiées contiennent des foyers tuberculeux.

2° Cette tuberculose peut s'annoncer uniquement par de l'hypertrophie amygdalienne, c'est bien une tuberculose latente.

Elle peut être primitive, mais souvent associée avec des lésions tuberculeuses du poumon.

3° Elle peut coexister avec des amygdales de volume normal. Le rôle du bacille dans l'hypertrophie amygdalienne est à peu près nul.

4° Elle peut être radicalement guérie par l'ablation de l'amygdale, même s'il y a coexistence de tuberculose pulmonaire.

Ces conclusions ont été fortement combattues, surtout par Jonathan Wright.

La détermination de la nature tuberculeuse d'une lésion, là comme ailleurs, est souvent difficile. La proportion de 5 % donnée par Lewin serait beaucoup trop élevée.

Il faut, pour déterminer la nature de l'affection :

1° Faire une inoculation aux animaux ; mais la portion inoculée peut être simplement bacillifère et non vraiment infectée.

2° Faire des injections de tuberculine ; mais ces injections ne

peuvent être employées suffisamment souvent pour fixer des conclusions fermes.

3° Faire un examen microscopique et se rappeler que l'agglomération de cellules géantes, épithélioïdes, etc., qui caractérisent le tubercule, peut être due à d'autres causes, telles que les corps étrangers, etc.

Pour conclure, l'auteur déclare que la tuberculose latente existe certainement, mais qu'elle doit être moins fréquente que les premiers chercheurs l'avaient cru ; c'est une question qui demande de nouvelles recherches.

J. W. GLEITSMANN, New-York. — **Tuberculose du larynx.** — L'auteur passe en revue un nombre limité de points de la tuberculose laryngée, et d'abord le mode d'infection du larynx par le bacille tuberculeux.

1° Dès 1825 Louis pensait que les crachats des tuberculeux cavitaires pouvaient éroder et ulcérer la muqueuse laryngée.

2° Beaucoup de chercheurs actuels pensent que le bacille tuberculeux pénètre dans le larynx à travers l'épithélium intact ou ulcéré, que le bacille soit déposé par les crachats ou par inhalations.

Meyer (*Wirchow's Archiv.*, 1901), recherchant si le bacille pénétrait dans le larynx à travers la muqueuse ou par voie sanguine, a pu suivre pas à pas, en quelque sorte, la marche de la lésion, à l'autopsie de six phthisiques présentant des lésions laryngées très jeunes. Il a pu voir ainsi que la lésion débutait par une infiltration de bacilles dans les couches profondes sans lésion aucune de la muqueuse ; à un stade plus avancé, les tubercules commencent à se caséifier et à un stade plus avancé encore, la caséification est complète, et l'épithélium s'érode de la profondeur vers la surface. Il ne pense pas que ces faits prouvent que l'infection s'est faite par voie sanguine. Il croit au contraire qu'elle s'est faite à travers l'épithélium, par de petites déchirures refermées ensuite, opinion que semblent confirmer ses expériences sur les animaux.

Avant lui Jonathan Wright (*Trans. of the Amer. lar. Asso.*, 1896) a présenté à l'Académie des dessins coloriés montrant de la façon la plus nette ce passage des bacilles tuberculeux à travers l'épithélium de la muqueuse.

Fraenkel maintient également ce passage des bacilles même à travers un épithélium sain.

D'ailleurs, Dobroklosvski puis Ravenel (*Journ. of. méd. Research*,

déc. 1903) ont montré le passage à travers l'épithélium intestinal peu altéré, des bacilles tuberculeux dans les chylifères et les ganglions mésentériques. Le premier opérait chez le cobaye, le second chez le chien.

3° A plus forte raison l'inoculation pourra se faire grâce à de petites érosions ou ulcérations (Lake).

4° Elle peut se faire aussi par les canaux glandulaires, principalement dans la région subglottique et des ventricules (Horne).

5° Pour beaucoup d'auteurs modernes c'est par voie lymphatique que se fait l'infection.

Krieg s'efforce d'expliquer, par une propagation lymphatique, la coexistence assez fréquente d'une tuberculose laryngée et pulmonaire unilatérale et du même côté.

Parlant ensuite de la tuberculose primitive du larynx que beaucoup de laryngologistes ont de la répugnance à admettre, l'auteur se déclare convaincu de son existence, contrairement à Horne qui (*British. méd. j.*, 31 octobre 1901) déclare n'avoir jamais trouvé de lésions laryngées sans lésions pulmonaires.

Au point de vue clinique, il insiste également sur quelques particularités, notamment sur les signes du début de la tuberculose laryngée.

Il n'attache pas grande importance à la pâleur du voile qui indique seulement une nutrition mauvaise ; il a souvent constaté, au contraire, de l'hypérhémie des amygdales, le larynx présente souvent une intense hypérhémie des cordes longtemps avant l'apparition d'un signe net de tuberculose laryngée ; il faut tenir comme très suspects la congestion unilatérale d'une corde vocale, et toute prolifération ou gonflement de la muqueuse de la paroi laryngée postérieure.

Au point de vue du diagnostic l'auteur insiste sur l'emploi de l'injection de tuberculine qui, non seulement peut faire apparaître des signes stéthoscopiques pulmonaires, mais encore permet de voir, au miroir, les foyers tuberculeux laryngés rendus hypérhémisés.

Il rappelle que des erreurs en apparence colossales ont pu être faites par des laryngologistes de grande valeur. Schmiegelow n'a-t-il pas pris (trompé aussi par l'examen microscopique) une tuberculose laryngée pour un cancer ?

L'influence néfaste de la grossesse sur la tuberculose laryngée est bien connue, la plupart des femmes mourant soit pendant la grossesse, soit immédiatement après la délivrance. Kuttner conseille dans ces cas (et si la lésion est minime) l'expectation avec

un bon traitement général. S'il y a infiltration : trachéotomie, et si cela ne suffit pas : accouchement prématuré. Plus radical, Godkensen avec Lewy conseille l'avortement dès les premiers mois, si la lésion est telle que, sans la grossesse, elle aurait des chances de guérir.

Au point de vue du traitement, outre la nécessité absolue d'un bon traitement général, l'auteur conseille un certain nombre de topiques (menthol, gaiacol, eucalyptus, etc.) On ne doit jamais employer l'acide lactique quand il y a seulement infiltration sans lésions de la muqueuse. Il est partisan du curettage doux des ulcérations.

La radiothérapie, la photothérapie, la lumière de Cooper Hewitt paraissent avoir donné quelques résultats ainsi que les courants de haute fréquence.

Discussion

Walter F. CHAPPELL croit aussi fermement à l'existence de la tuberculose primitive du larynx.

Le choix du climat n'est pas sans importance pour la cure de la phthisie laryngée et n'est pas forcément le même pour la tuberculose laryngée et la pulmonaire. A la forme infiltrée convient un climat froid et sec, à la forme ulcéreuse un climat chaud et de faible altitude. Il faut manier la curette avec grande douceur si l'on veut éviter une infiltration rapide de voisinage.

WOLF FREUDENTHAL n'a jamais vu un cas de tuberculose primitive ni du larynx ni du nez. Pour ce qui est de cette dernière localisation, la membrane de Schneider est trop en contact avec l'oxygène de l'air pour que les bacilles ne soient pas détruits par lui ; c'est en vertu de cette action de l'oxygène de l'air sur les bacilles qu'il ne croit pas à la dissémination de la tuberculose par les crachats bacillifères expectorés sur la voie publique.

L'auteur croit à la possibilité de la tuberculose primitive de tout l'anneau lymphatique du pharynx.

Il considère la tuberculose laryngée comme toujours fatale chez une femme enceinte.

L'auteur vante beaucoup le traitement par une émulsion de menthol et d'orthoforme. Il ne fait usage de la curette que s'il y a de la dysphagie et de la dyspnée ne pouvant être soulagée autrement. Il ne comprend pas qu'un râclage léger d'une ulcération puisse produire un effet thérapeutique valable.

S. A. KNOPF est extrêmement surpris de l'opinion émise par

Freudenthal sur l'inocuité de la dissémination des crachats des phtisiques ! Il ne faut pas oublier que l'action bactéricide de la lumière demande plusieurs heures pour agir effectivement ; tous les jours ne sont pas ensoleillés, et par les journées sombres le bacille perd plus lentement encore sa virulence.

L'auteur insiste sur l'hygiène générale dans le traitement de la tuberculose laryngée.

Séance du 4 novembre 1904

FÉLIX SEMON. — **Cancer du larynx.** — Les idées de l'auteur sur ce sujet, déjà exposées par lui à Swanséa, en 1903, peuvent se résumer ainsi :

1° Il est de la plus haute importance de faire le diagnostic du cancer à une période aussi rapprochée que possible du début. Contrairement à ce qu'on croit habituellement, le cancer ne se traduit nullement dès le début par des troubles fonctionnels graves, mais simplement par un enrouement persistant, survenant sans cause apparente chez des sujets âgés ou d'âge moyen.

2° Quoique le diagnostic clinique puisse se faire grâce à des symptômes dont la valeur a été sérieusement étudiée depuis quelque temps, néanmoins, il reste délicat ; et des erreurs ont été commises même par les praticiens les plus expérimentés.

3° L'examen microscopique d'un fragment de la tumeur prélevé à la pince endolaryngienne est, dans ces conditions, un adjuvant sérieux, mais nullement infaillible. Que le résultat de cet examen soit positif ou négatif, il devra être répété plusieurs fois si cela est nécessaire ; ou si les symptômes cliniques ne permettent pas d'attendre, une thyrotomie exploratrice est autorisée.

4° Le traitement endolaryngé du cancer est à rejeter.

5° La pharyngotomie sus-hyoidienne n'est applicable qu'à un petit nombre de cas ; ses indications sont encore à préciser.

6° La thyrotomie est une excellente opération à la condition de l'appliquer à des cancers intrinsèques, et à une période aussi rapprochée que possible du début.

7° L'hémi-laryngectomie sera seulement pratiquée quand, au cours d'une thyrotomie, on s'aperçoit que cette dernière est insuffisante : elle devra alors être accompagnée de l'ablation des ganglions lymphatiques tributaires même s'ils sont apparemment sains.

8° La laryngectomie totale est réservée aux cas de cancers intrinsèques, ou aux cancers intrinsèques ayant envahi les deux moitiés de l'organe, et dans tous les cas où les procédés précédents paraîtront insuffisants pour éradiquer tout le mal. Elle devra être accompagnée de l'ablation des ganglions des deux côtés du cou.

Discussion.

FRANK HARTLEY. — Hartley a pratiqué cinq fois la thyrotomie⁶ (cinq succès remontant à une période variant de 1 à 8 ans). Trois fois l'hémilaryngectomie et quatre fois la laryngectomie totale.

L'auteur attache une grande importance pratique au siège de l'adénopathie. Si elle siège au niveau du triangle carotidien supérieur (entre le ventre postérieur du digastrique en haut, et l'omo-hyoidien en bas, derrière le bord postérieur du thyro-hyoidien), on a 40 à 45 % de chance de succès opératoire, même si l'adénopathie est bilatérale, mais si, toutefois, les tissus circonvoisins ne sont pas trop envahis.

Ceci n'est vrai qu'au cas de cancer siégeant à la partie antérieure de la zone sus-glottique. S'il s'agit d'une tumeur de la partie postérieure de la zone sus-glottique, ou de n'importe quelle partie de la zone sous-glottique, les ganglions péricarotidiens profonds sont envahis et la récurrence certaine; dans ces cas, Hartley se contente de la trachéotomie.

Une incision de chaque côté du cou pour la découverte des adénopathies est indispensable même dans le cas d'hémilaryngectomie, car les adénopathies sont souvent croisées.

Afin d'éviter la pneumonie de déglutition, l'auteur considère comme indispensable : 1° La division de la trachée et sa suture à la peau; 2° la résection de la paroi pharyngée depuis l'hyoïde jusqu'à l'œsophage; 3° une trachéotomie préliminaire.

L'auteur n'est pas partisan du larynx artificiel qu'il estime encombrant et fragile et inutile, puisque, par l'éducation, les laryngectomisés arrivent à se faire comprendre, mieux qu'avec un larynx artificiel.

La thyrotomie et l'ablation de la tumeur avant l'apparition de l'adénopathie, est l'opération idéale.

J. A. BODINE a pratiqué trois fois la laryngectomie totale.

Il ne croit pas à l'utilité de la trachéotomie préventive.

Il insiste beaucoup sur l'utilité de la ligature temporaire des carotides externes, ce qui permet de faire la section de la trachée et d'achever l'intervention sans une goutte de sang.

BREWER. — Il semble étonnant qu'une opération aussi limitée que celle à laquelle on a recours par la thyrotomie puisse guérir un cancer du larynx, alors que dans toute autre région, il est de règle d'enlever non seulement la tumeur, mais encore une large zone de tissu sain. L'anatomie explique le fait en montrant que la région des cordes vocales est très pauvre en lymphatique, d'où peu de tendance à la dissémination des tumeurs.

Le début du cancer intrinsèque est toujours difficile à reconnaître cliniquement, il faut s'aider de l'examen histologique.

L'auteur compte quatre thyrotomies et quatre laryngectomies à son acquis. Il dissèque toujours les ganglions qui longent l'artère thyroïdienne supérieure ainsi que le tissu cellulaire voisin et les enlève. — La section des laryngés supérieurs, qu'il fait toujours, diminue considérablement les chances de Shock.

Enfin, il préconise l'usage de la cocaïne et de l'adrénaline qui, en décongestionnant les tissus voisins, permet de mieux délimiter la tumeur.

DEHAVAN croit que, au larynx comme ailleurs, toute irritation d'une tumeur maligne peut en modifier l'évolution dans un sens défavorable : ainsi, à l'exemple de Semon, ne pratique-t-il de biopsie que si le patient est décidé à se soumettre immédiatement à une opération au cas où l'examen histologique révélerait du cancer.

Il insiste beaucoup, comme signe du début du cancer laryngé, sur l'existence d'une douleur lancinante accompagnant le début de l'épithélioma au larynx, comme dans toute autre région d'ailleurs.

Il estime, en ce qui concerne les résultats ultérieurs des laryngectomies totales que le rapporteur est quelque peu pessimiste. Les résultats obtenus, actuellement après laryngectomies sont bien supérieurs à ceux obtenus il y a vingt ans.

Enfin, il pense que le délai d'un an, accepté par Semon, pour juger si la cure est définitive, est insuffisant ; on ne peut pas se prononcer avant une période de trois années.

SOLIS COHEN approuve complètement les conclusions du rapporteur qui, s'il l'a bien compris, a eu surtout en vue, dans son rapport, le carcinome intrinsèque du larynx.

Cohen fait toujours, plusieurs jours avant la thyrotomie, une trachéotomie préliminaire pour habituer le patient à respirer par l'orifice anormal créé par la trachéotomie.

Il ne suture pas le cartilage ni le périchondre ; en ce qui concerne la peau, il applique sur chaque lèvre de l'incision, un liniment adhésif, et suture chaque lèvre de ce liniment.

W. C. PHILIPS rapporte l'histoire d'un prêtre auquel le Dr Curtis fit, il y a huit ans et demi, une hémilaryngectomie pour épithélioma de la corde, et qui, depuis, n'a jamais eu de récidive; sa voix est bonne, et il a même pu prêcher dans son église.

DAWBARN appelle l'attention sur quatre points qui ne paraissent pas avoir attiré l'attention des membres de la Société :

1° L'ablation endolaryngée d'un fragment de tumeur pour examen histologique sera souvent insuffisante pour permettre un avis satisfaisant. L'auteur conseille donc, avec l'autorisation du patient, de faire une thyrotomie exploratrice, et de prendre un fragment à l'aide du microtome à réfrigération. Un anatomiste qui reçoit le fragment enlevé ainsi en quantité suffisante, peut, en dix minutes, l'examiner et en fixer la nature. Suivant le résultat obtenu, on fera ou non sur le champ, l'opération nécessaire.

2° L'opération se pratiquant souvent chez les patients d'un âge avancé, le cartilage thyroïde est souvent calcifié. L'auteur propose donc de l'ouvrir à l'aide de la scie de Gigli.

3° Il est de la plus haute importance si l'on veut éviter la pneumonie de déglutition, de maintenir le patient sur un plan incliné la tête basse, autant de temps que cela sera nécessaire après l'opération, pour que l'épiglotte soit soudée à la trachée. On reconnaîtra que cette condition a lieu, lorsque le malade pourra avaler de l'eau froide sans qu'il se produise de toux. — Deux cas de mort que l'auteur a eu à déplorer, sont précisément deux cas où cette précaution n'avait pas été prise.

4° Enfin, dans les cas de cancer inopérable, la ligature des vaisseaux nourriciers amènera une diminution temporaire du volume de la tumeur et la sédation des symptômes douloureux. On ne manquera jamais de recourir à cette ressource, lorsque, pour une raison ou une autre, le malade demande de prolonger ses jours le plus possible.

FÉLIX SEMON. — La timidité qu'on semble apporter à faire des biopsies, semble plus ou moins faire revivre cette détestable théorie qu'une irritation d'une tumeur bénigne peut la transformer en tumeur maligne.

Semon répond aux docteurs Harley et Bodine qu'il n'a jamais pratiqué de laryngectomie : il envoie ces cas aux chirurgiens; il souhaite que les résultats soient plus favorables en Amérique qu'en Angleterre.

Il ne pratique pas de trachéotomie préliminaire.

Le cancer intrinsèque du larynx n'a pas, comme semble le penser Brewer, une place à part parmi les autres cancers. Dans les tumeurs malignes de l'oreille, de la lèvre, et du pénis, on obtient aussi de bons résultats avec des opérations relativement minimes.

Comme Delavan, il a vu des récidives de cancer plus d'un an après l'opération. Il se rappelle en avoir vu un cas 7 ans après l'opération. On peut se demander, d'ailleurs, si, en pareil cas, il s'agit bien de récidive; d'autant que la même cause obscure, qui a produit une première fois le cancer, peut très bien le produire à nouveau sept ans après. En adoptant la limite de un an, il parle de sa propre expérience. Tous les cas sur lesquels repose sa statistique, remontent à 1891; il a pu suivre tous ces cas, soit directement, soit par l'intermédiaire des renseignements du médecin traitant; et c'est d'après l'examen suivi de ces cas, qu'il s'est fait l'opinion que lorsque la récidive n'apparaît pas dans l'année qui suit l'intervention, le succès est assuré.

Semon n'a pas essayé la ligature des vaisseaux nourriciers dont a parlé Dawbarn. Quant à l'examen microscopique pratiqué extemporainement à l'aide du microtome à réfrigération, il ne donne pas invariablement de résultats concluants. Il se souvient d'un cas où le diagnostic hésitait entre épithélioma et tuberculose et où l'examen histologique ne pouvait résoudre le problème. Semon agit comme s'il s'agissait de tumeur maligne. Le malade guérit, et on sut ultérieurement qu'il s'agissait de tuberculose.

SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DE LARYNGOLOGIE RHINOLOGIE ET OTOLOGIE

COMPTE RENDU DE LA X^e RÉUNION ANNUELLE

Tenue à Chicago les 30, 31 mai et 1^{er} juin 1904 (1).

SOLLY (Colorado-springs). — **Le traitement de la tuberculose laryngée.** — L'auteur dit que si le résultat définitif du traitement de la tuberculose laryngée est grandement influencé par la co-

(1) Compte, rendu par H. Caboche, d'après *The Laryngoscope*.

existence de tuberculose pulmonaire, cependant le traitement local de la laryngite est très utile, comme le montrent les statistiques suivantes des cas traités du Colorado. Si on prend les résultats du traitement local sans s'occuper de l'avenir définitif du patient, on voit que dans 64 % des cas, il y a un arrêt permanent de la lésion locale; dans 5 % un arrêt temporaire. En ce qui concerne les cas de laryngite ulcéreuse, 50 % guérissent définitivement de 10 % temporairement.

Après avoir donné les raisons pour lesquelles on doit traiter rigoureusement la laryngite tuberculeuse, l'auteur rappelle les conditions pathogéniques de la tuberculose laryngée.

Le traitement consiste avant tout à placer le malade dans les meilleures conditions hygiéniques possibles (cure d'air, sanatorium) et en outre à appliquer localement une médication appropriée.

Il faut d'abord modifier la muqueuse laryngée par des lavages à l'aide de solutions aqueuses, de Dobel. Les inhalations de benjoin, d'eucalyptus sont également utiles.

Dans les cas d'infiltration laryngée sans ulcération, le mieux est de faire une injection sous-muqueuse d'environ 20 gouttes d'une solution aqueuse d'acide lactique à 15 %, précédée d'une injection de cocaïne et d'adrénaline. Cette injection un peu douloureuse, sans l'être exagérément n'a pas besoin d'être répétée souvent. On peut y ajouter des badigeonnages avec la solution de Lugal.

L'existence d'une douleur marquée, principalement quand il y a du gonflement, est presque toujours l'indice d'une ulcération cachée par le gonflement; son siège fréquent est la partie inférieure de l'épiglotte; la friction très légère avec un tampon cocaïné, de la région suspecte, la fera souvent reconnaître à la présence d'un peu de sang sur le tampon. Un badigeonnage avec une solution d'acide lactique à 10 %, calme mieux les douleurs que tout autre topique, même que l'ortoforme.

Le traitement de la tuberculose ulcérée consistera, après avoir badigeonné les ulcérations avec une solution d'acide lactique pour les rendre moins septiques, à en faire un léger curettage.

Quand la douleur est due non à des ulcérations, mais à un gonflement autour des articulations crico-aryténoïdiennes, elle peut être calmée par l'injection sous-muqueuse ou le badigeonnage avec une solution d'Ichtyol à 12 % ou par la scarification.

Discussion.

FRÉDÉRIC C. COBB dit que dans le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée, il a enlevé des portions des cartilages aryénoïdes avec curettage presque complet de la région. Il a pu ainsi arrêter la marche du processus tuberculeux. Ces interventions pour être vraiment efficaces, devraient être faites dans un endroit dont le climat est favorable à la cure générale de la tuberculose. Parfois l'ablation des aryénoïdes révèle des lésions tellement profondes qu'aucun traitement chirurgical ou local ne peut avoir d'effet curatif.

Il a obtenu de bons résultats de l'usage de l'acide lactique dans les formes ulcéreuses et même dans les lésions initiales de la tuberculose laryngée.

PRICE BROWN [approuve complètement les propositions de Solly tant en ce qui concerne le traitement général que le traitement local.

Au cas où la sténose du larynx est suffisante pour menacer l'existence, et où il n'y a que des lésions minimes du poumon, il fait la trachéotomie. Il rapporte l'histoire d'un malade dont les lésions se cicatrisent à la suite de la trachéotomie après avoir porté sa canule pendant un an et demi. Il put exercer sa profession à peu près normalement pendant tout ce laps de temps.

ARTHUR G. ROOR approuve complètement la manière de voir de Solly en ce qui concerne le traitement général et local de la tuberculose laryngée.

Les remarques de Price Brown en ce qui concerne le repos de l'organe laryngé à l'aide de la trachéotomie sont les plus importantes. L'auteur a pu guérir ainsi un malade présentant de la sténose laryngée par infiltration tuberculeuse, malgré qu'il y eut coïncidence de lésions pulmonaires nettes.

J. A. THOMPSON confirme l'opinion de Solly : en traitant de bonne heure les lésions laryngées, avant leur stade d'ulcération, on pourra éviter la plupart des complications laryngées de la tuberculose. Même un malade porteur d'une ulcération laryngée n'est pas forcément condamné. L'auteur connaît une malade vivant encore et qui, treize ans avant, avait eu une ulcération tuberculeuse du larynx.

Le traitement local qu'il emploie, diffère de celui indiqué par Solly. Se basant sur ce fait, démontré par Jonathan Wright, que l'infection de la muqueuse laryngée de l'épithélium vers la pro-

fondeur, peut se faire par les crachats s'il y a en même temps inflammation aiguë du larynx, l'auteur fait tous les jours ou tous les deux jours des injections intrachéales d'huile mentholée, créosotée ou gaiacolée.

Ces injections, outre qu'elles rendent l'expectoration moins virulente, peuvent calmer la toux et le chatouillement laryngé pendant les huit heures qui suivent.

CHEVALIER JACKSON se montre très partisan de la trachéotomie comme traitement de la tuberculose laryngée sans lésion pulmonaire, quoique le repos du larynx ne soit pas aussi complet qu'on le pense, puisque, bien que l'air passe par la canule, les cordes vocales n'en continuent pas moins à se mouvoir, il n'en est pas moins vrai que cliniquement, la trachéotomie amène une diminution de l'irritation laryngée. Trois cas actuellement trachéotomisés dans ces conditions sont très améliorés. (Dans un cas, l'absence complète de lésions pulmonaires pouvait faire douter de la nature tuberculeuse de la lésion laryngée, cependant que les crachats contenaient des bacilles tuberculeux.

ROBERT LÉVY. — La situation des ulcérations a une certaine importance pronostique : lorsqu'elles siègent à l'entrée du larynx sur l'épiglotte ou les replis aryténo-épiglottiques elles sont bien moins curables que lorsqu'elles siègent profondément dans le larynx, sur les bandes ventriculaires et la commissure postérieure.

SOLLY en terminant, dit que l'essentiel est d'entreprendre le traitement de la tuberculose laryngée à une période aussi rapprochée que possible du début.

Tout en reconnaissant que le repos de l'organe produit par la trachéotomie est très important, il réserve cette intervention pour les cas extrêmes.

Le curettage pour donner des résultats doit être fait avec douceur et non avec la brutalité qu'on y a parfois apporté autrefois.

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES (1)

Réunion du 12 janvier 1905.

SAINT-CLAIR THOMSON. — **Ephithélioma du larynx. Laryngofissure. Absence de récurrence au bout de six mois.** — Il s'agit d'un homme de 49 ans, qui a été traité, en 1893, par la tuberculine pour une tuberculose pulmonaire avec un entier succès à la suite duquel il a joui pendant onze années d'une santé parfaite. — Saint-Clair Thomson le montra une première fois à la Société, en décembre 1903, pour une infiltration occupant les deux tiers antérieurs de la corde vocale gauche, et creusée à sa surface d'une façon tout à fait particulière. L'avis général fut qu'il s'agissait soit de tuberculose, soit d'un simple gonflement inflammatoire. La lésion ne rétrocéda pas et, neuf mois après cet examen, soit près de deux ans après le début de l'enrouement, le diagnostic de néoplasme malin fut posé de par le constant quoique lent développement de la tumeur, et l'immobilité de la corde. Opération le 16 juillet 1904. Section du thyroïde avec les ciseaux de Waggett; excision de toute la corde, de sa base, jusqu'à mise à nu du cartilage. Suture du périchondre sans suture du cartilage. — Actuellement, la corde cicatricielle de nouvelle formation n'est pas tout à fait au niveau de l'autre corde.

HERBERT TILLEY. — **Gomme probable de la trachée.** — Jeune homme de 28 ans, robuste, mais très probablement syphilitique; s'est présenté à l'hôpital pour une dyspnée croissante. Au laryngoscope, on constata, au niveau du cinquième anneau de la trachée, un diaphragme de couleur rouge, et à orifice excentrique. Amélioration considérable sous l'influence des frictions mercurielles.

S. F. SEMON. — **Nystagmus, troubles pharyngo-laryngé, dus à une tumeur de la protubérance.** — Homme de 37 ans, accusant un traumatisme sur le côté droit de la tête il y a 8 ans, mais niant tout antécédents syphilitique. Début brusque il y a deux ans, par une

(1) Compte rendu par H. Bourgeois, d'après *Journal of laryngol.*

déviation des yeux et une déviation de la commissure labiale en haut et à gauche.

Quatre heures plus tard il fut pris d'étourdissement et d'engourdissement dans la main gauche. — Pendant les dix jours qui suivirent, il marchait avec entraînement vers la gauche. Puis la guérison survint, avec seulement de la diplopie pendant encore quelques semaines. — Dix-sept semaines plus tard, paralysie faciale droite et retour de la diplopie; nouvelle guérison; nouvelle rechute, cela à deux reprises. Dix semaines avant l'admission; faiblesse dans le bras et la jambe gauche, et altération de la voix.

Examen du larynx et du pharynx : Spasmes irréguliers du voile et de la luette; ces contractions sont verticales, la luette est énergiquement attirée en haut, environ vingt-cinq fois en dix secondes. Une série de contractions rapides succèdent à une série de contractions plus lentes. Des contractions synchrones animent la paroi postérieure du pharynx, la langue, les joues. Il n'y a pas de tremblement fibrillaire de la langue.

La langue est animée d'un spasme synchrone au précédent : les cordes vocales et les aryténoïdes sont constamment animés d'une série de mouvements d'adduction. Cette adduction n'est pas complète. Tout dernièrement est apparue une paralysie totale du moteur oculaire commun.

L'auteur ne donne pas d'explication à ce curieux symptôme, il fait simplement observer qu'on l'a rencontré assez souvent dans les tumeurs protubérantielles et cérébelleuses.

H. Tilley rappelle des cas semblables observés au début de la paralysie générale.

Réunion du 3 février 1905.

CH. PARKET présente le cas extrêmement intéressant par sa rareté d'une femme atteinte de tuberculose laryngée lors de sa première grossesse qui se comporta assez bien pour qu'il y ait eu quatre grossesses depuis. — Au cours de la discussion qui a suivi, Semon rappela la gravité ordinaire en pareille circonstance, dit qu'on avait récemment proposé en Allemagne de provoquer l'accouchement prématuré en cas de tuberculose laryngée.

Réunion du 17 mars 1905.

H. TILLEY. — Six cas d'opérations radicales pour sinusites chroniques du sinus frontal, du sinus maxillaire, du sinus sphénoïdal. — La technique est la suivante : Sinus frontal : ablation totale de la paroi antérieure, curettage de la muqueuse malade, établissement d'une large communication avec le nez ; dans ce temps de l'opération les cellules ethmoïdales antérieures malades sont réséquées. L'ablation de la moitié antérieure du cornet moyen constitue la première étape de l'opération. La cavité est légèrement tamponnée avec de la gaze et pansée tous les deux jours jusqu'à comblement du sinus par le tissu de granulation.

Sinus maxillaire : Large ouverture dans la fosse canine, curettage, résection de la plus grande partie de la paroi interne, suture de la plaie buccale. Le sinus n'est pas tamponné. La moitié antérieure du cornet inférieur a été préalablement enlevée.

Sinus sphénoïdal : Résection du cornet moyen, effondrement de la paroi antérieure au moyen de crochets appropriés. La muqueuse n'est pas curettée, mais un large drainage est assuré et des topiques peuvent être appliqués.

DE SANTI et PURVEYS STEWART. — Brève description des altérations pathologiques de la bouche, de la gorge et de l'oreille consécutives à une lésion congénitale unilatérale de la moelle. — La description complète de ce cas unique a été donnée par le Dr Purveys Stewart in « Brain 1904 ». Les auteurs donnent dans leur communication un résumé succinct que nous traduisons *in extenso*.

Mâchoire inférieure : du côté droit, absence des molaires et des prémolaires. Toutes les autres dents sont normales. L'intelligence était seulement moyenne ; l'élocution, l'articulation étaient normales ; la voix rauque ; le goût et l'odorat normaux des deux côtés ; audition diminuée des deux côtés, mais beaucoup plus du côté droit. Le conduit auditif droit était plus étroit que le gauche et situé sur un plan plus élevé. La mastoïde droite manquait. La moitié droite de l'arc palatin était au repos plus près de la ligne médiane que la gauche ; au moment de la phonation, la moitié gauche s'élevait seule, entraînant le raphé en haut et à

gauche. La sensibilité de la bouche, du pharynx, du larynx était normale. La corde vocale droite était immobile sur la ligne médiane; la corde gauche se mouvait librement. A droite, l'omohyoïdien, le stylo-hyoïdien, le ventre postérieur du digastrique étaient absents. La moitié droite de la langue est moins volumineuse que la gauche; tirée hors de la bouche, la langue se déviait du côté droit. Le sterno-hyoïdien, le sterno-thyroïdien droit, faisaient défaut cliniquement; aucun ne répondait à l'excitation faradique ou galvanique la plus intense. Des deux côtés de la langue, la réaction était au contraire normale. Le sterno-mastoïdien droit et une partie du trapèze faisaient défaut; le D^r P. Hewart conclut que l'absence de ces muscles, la paralysie de la moitié du voile du palais et de la corde vocale correspondante indiquaient une lésion des noyaux du nerf spinal et du nerf vague du côté droit. L'hémiatrophie partielle de la langue signifiait une participation du noyau de l'hypoglosse; l'absence des muscles sous-hyoïdiens et ventre postérieur du digastrique, indiquaient que la lésion s'étendait en bas dans les cornes antérieures de la moelle jusqu'à la hauteur de la troisième paire cervicale.

Le patient mourut subitement d'une hémorrhagie protubérantielle.

Autopsie. — Absence complète du sterno-mastoïdien, du sterno-thyroïdien, du thyro-hyoïdien, du stylo-hyoïdien, de l'omohyoïdien et du ventre postérieur de digastrique. Absence des faisceaux supérieurs du trapèze, les faisceaux moyens depuis la septième cervicale jusqu'à la quatrième dorsale étaient bien développés; au-dessous, absence des faisceaux inférieurs. Aucune trace du nerf spinal. La moitié droite du voile palatin était plus mince que la gauche, et ultérieurement l'examen histologique montra du côté droit l'absence de muscle élévateur du voile et la diminution du volume de l'azygos. Le côté droit de la langue était plus petit que le gauche. L'épiglotte était inclinée en avant et à droite.

Autopsie du larynx. — Atrophie générale de la moitié droite. Le cartilage thyroïde avec sa saillie extérieure (pomme d'Adam) était transporté du côté droit. La moitié droite du constricteur moyen du pharynx était très réduite, et les muscles styliens à peine reconnaissables. Faisaient complètement défaut le crico-thyroïdien droit et le crico-aryténoïdien postérieur. Du crico-aryténoïdien latéral, on voyait seulement une très mince couche de fibres musculaires pâles. Le muscle crico-cricoidien était présent. Les aryténoïdiens transverse et oblique étaient petits. Le

thyro-aryténoïdien droit faiblement développé. Nerfs : Absence de l'hypoglosse droit. Le nerf laryngé supérieur droit (branche interne), et le nerf récurrent droit, quoique plus petit que de l'autre côté, étaient reconnaissables. Le foramen cœcum de la langue était plus profond que normalement. Le conduit auditif externe droit était plus court et plus étroit que le gauche, mais la membrane du tympan et les osselets étaient normaux.

Examen du bulbe. — Du côté droit : absence du noyau de l'hypoglosse et de la partie voisine, inférieure, du noyau vago-spinal; ces noyaux étaient normalement développés du côté gauche. La racine médullaire du trijumeau était beaucoup plus petite à droite qu'à gauche.

Examen de la moelle. — Le sillon médian antérieur était élargi en une fente profonde s'étendant depuis le bord inférieur de la seconde cervicale jusqu'au bord supérieur de la septième. Cette perte de substance intéressait la substance grise du côté droit. Au-dessous de la septième vertèbre cervicale, la moelle paraissait normale.

D'après Stewart, l'atrophie des muscles laryngés est due à la lésion du vague, la partie inférieure du noyau de ce nerf faisait défaut et son tronc était considérablement diminué de volume, spécialement ses branches laryngées supérieure et inférieure. L'absence, à droite, du muscle élévateur du voile, l'atrophie de l'azygos de la partie moyenne du constricteur moyen correspondaient exactement avec cette partie du nerf vague qu'on appelait autrefois « racines bulbaires du nerf spinal ».

Les malformations du temporal et du maxillaire inférieur étaient probablement en connexion avec la petitesse congénitale de la racine spinale du trijumeau.

CHARTER J. SYMONDS. — Un cas d'extirpation totale du larynx.

Ouverture du larynx ; la moitié gauche est entièrement envahie par le néoplasme, la partie antérieure de la corde droite est indemne. En disséquant les parties molles à gauche, on constate que le néoplasme a envahi les muscles extra-laryngés ; en conséquence, on se décide à pratiquer une extirpation complète. Pour que cette extirpation soit suffisamment complète, on résèque le lobe gauche de la glande thyroïde, le fascia profond et tout ce qu'on peut des lymphatiques. La trachée est suturée à la peau, le pharynx est fermé par deux rangs de suture, les muscles et la peau ne sont pas suturés et la cavité ainsi laissée est simple-

ment tamponnée à la gaze. Guérison complète. L'opération date de juillet 1904.

SAINT-CLAIR THOMSON. — Epithélioma du larynx. Laryngo-fissure, pas de récurrence après huit mois. — Le malade a déjà été présenté dans une séance précédente.

La discussion porte sur la valeur et la durée des guérisons.

BOTELLA (Madrid), a vu une récurrence au bout de deux ans.

GLÜCK (Berlin), a opéré un malade âgé de 65 ans, qui guérit parfaitement d'abord, mais présenta, huit ans et demi après l'opération, un autre cancer de l'autre côté du larynx. Cette moitié du larynx fut enlevée et le patient survécut encore jusqu'à l'âge de 77 ans; le traitement chirurgical lui avait donné une survie de onze années et demie.

SIR F. SEMON. — On ne peut jamais être sûr qu'il n'y aura pas récurrence, on ne peut donc jamais parler de guérison absolue. Cependant, pratiquement, si on opère précocement et s'il n'y a pas de récurrence au bout d'un an, on peut dire que les chances de récurrence sont tout à fait réduites.

MOURE confirme l'opinion de Sir Semon.

DUNDAS GRANT. — Diverticule pharyngien s'ouvrant dans la fosse piriforme. Radiographie montrant la poche préalablement remplie de bismuth.

LAMBERT LACK. — Epithélioma de la région aryénoïdienne droite. Ablation par la pharyngotomie latérale. — Avant l'opération, aspect objectif d'une tuméfaction irrégulière, œdémateuse de l'aryénoïde droit, avec complète fixation de la moitié droite du larynx, sans hypertrophie ganglionnaire appréciable. Opération le 3 avril 1904. Incision verticale et médiane depuis l'hyoïde jusqu'à un travers de doigt du sternum; incision transversale, courte, commençant à l'extrémité supérieure de l'incision verticale, suivant le bord inférieur de l'os hyoïde, atteignant le bord antérieur du sterno-mastoidien et se relevant en dehors pour finir à la pointe mastoïdienne. Le large lambeau triangulaire ainsi limité fut disséqué et écarté en dehors. Le but de cette incision était de rendre possible l'extirpation de la moitié ou de la totalité du larynx, s'il était impossible d'extirper le néoplasme autrement. Le triangle antérieur du cou fut d'abord nettoyé de ses ganglions dont on trouva un gros et plusieurs petits.

La trachée fut ensuite ouverte et reçut une canule de Hahn. Le

pharynx fut ouvert par une incision verticale, tracée juste derrière le bord postérieur du cartilage thyroïde. Cette incision se trouva être juste au delà de la tumeur qui fut enlevée aux ciseaux. Les organes réséqués se trouvèrent être : la totalité de l'aryténoïde droit, le repli aryténo-épiglottique droit et une petite portion de la paroi pharyngée. La fermeture du pharynx fut assurée par trois rangées de suture soigneusement hermétiques. Suture de la peau avec drainage. La canule de Hahn resta en place pendant une semaine, et, pendant ce temps, le malade fut nourri avec la sonde. Guérison complète au bout d'un mois.

A l'heure actuelle, l'opéré est en parfaite santé, sans trace de récurrence. Il avale normalement ; sa voix est faible et enrouée. Dans la phonation, la corde vocale gauche dépasse la ligne médiane pour aller à la rencontre de la corde vocale droite.

LAMBERT LACK. — Epithélioma de l'épiglotte et de la base de la langue. Ablation par pharyngotomie sous-hyoidienne. — Le patient a déjà été montré à la Société en janvier 1904.

Il n'y a actuellement aucune trace de récurrence.

H. BARWELL. — Deux cas de tuberculose laryngée guéris par le traitement. — Ce traitement consista en ablation à la pince coupante et en attouchements d'acide lactique, de formaline, d'acide phénique, pour le premier malade ; en simples attouchements pour le second.

WATSON WILLIAMS. — Rhinorrhée cérébro-spinale. Guérison spontanée. — Il s'agit d'une femme de 43 ans, qui fut déjà présentée à l'Association médicale britannique en 1901. Elle avait joui d'une bonne santé jusqu'en mars 1901 ; à ce moment, elle fut prise d'une affection fébrile ressemblant à l'influenza, mais avec écoulement continu de liquide céphalo-rachidien par la narine droite. Elle perdait une pinte (environ un demi-litre) de liquide pendant le jour, et davantage pendant la nuit (l'écoulement se faisait alors par la gorge).

Sur les conseils du Pr Oslet, le Dr Hocker essaya des ponctions lombaires répétées, mais sans résultat. L'issue de liquide continua ainsi pendant trois mois, puis diminua, puis cessa il y a un mois. La malade était sujette à des migraines, mais qui ressemblaient à celles qu'elle avait autrefois. Aujourd'hui, elle paraît en bonne santé, et à part l'écoulement de liquide on n'a jamais rien trouvé d'anormal dans ses fosses nasales.

SOCIÉTÉ NÉERLANDAISE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Séance annuelle tenue à Amsterdam les 23 et 24 avril 1904 ⁽¹⁾.

KAN rapporte 3 cas d'hémorrhagie grave à la suite d'ablation des amygdales et des adénoïdes. Arrêt de l'hémorrhagie après l'amygdalotomie par le compresseur de Mikuliez. Aucun détail sur l'opération.

STRUYCKEN présente quelques instruments nouveaux : une pince pour l'oreille, un guide-anse à fixation automatique, des diaphragmes avec indicateur modifié d'après Gradenigo. Ensuite il présente quelques chromo-photographies des voyelles et d'autres vibrations sonores.

ZWAARDEMAKER. — Comparaison entre la respiration buccale et nasale par la mensuration de la vitesse du courant respiratoire. — Fait curieux, les déductions théoriques sont en partie en contradiction avec ce que l'observation journalière nous apprend. Burger, Posthumus Meyjes, van Leyden font remarquer ces contradictions.

GREVESS. — Développement du crâne et de la cavité buccale en présence des végétations adénoïdes.

ZWAARDEMAKER. — Intensité de la voix humaine.

QUIX. — Audition de la voix humaine. — Les résultats obtenus dans l'examen de l'ouïe par la voix chuchotée sont indécis. Quix a étudié les conditions dans lesquelles on peut arriver à des résultats certains en mesurant la distance minima pour l'entendement de voyelles ou consonnes, des mots omis dans la voix chuchotée par l'air d'expiration résiduel. Ces recherches sont très embrouillées. Du reste, elles devraient être faites pour chaque langue séparément.

⁽¹⁾ *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, n° 11, 1904, compte-rendu par LAUTMANN.

MEYJES. — Sur l'action du radium. — Trois malades atteints de lupus du nez ont été améliorés par la radium-thérapie. Chez deux ozéneux la sécrétion a diminué.

POSTHUMUS MEYJES. — Syphilis de la trachée. — Chez un malade dyspnéique, cachectique, Meyjes trouve un gonflement circulaire sous-glottique, s'étendant 2 centimètres sur la trachée. A la suite d'un traitement antisypilitique le gonflement diminue un peu, la dilatation d'après Schroetter donne peu de résultat. Il faut faire une crico-trachéotomie (anesthésie locale). On continue les injections au sublimé qui améliorent beaucoup le malade. Malgré la grande dyspnée le larynx est resté immobile, ce qui est caractéristique, d'après Gerhardt, pour la sténose de la trachée.

ZAALBERG. — Résultats du traitement de l'ozène par les injections de paraffine. — Depuis 1903, l'auteur a soigné soixante ozéneux d'après la méthode Moure-Brindel avec les résultats suivants : Guérison (pas de fétidité, pas de croûtes) chez 20 cas, amélioration (un ou deux lavages par semaine suffisent) chez 33.

BURGER. — Traitement de l'ozène par les injections de paraffine. — Burger a soigné six malades d'après cette méthode, sans obtenir ni amélioration ni guérison. Ses échecs doivent tenir à l'atrophie trop avancée chez ses malades.

Dans la discussion :

BROECKAERT (Gand) réplique que dans les cas légers d'ozène le résultat est sûr. Dans les cas de moyenne gravité on obtient une amélioration et on échoue dans les cas trop avancés. Dans ces derniers cas le traitement est même dangereux parce qu'il faut employer de la force pour l'injection. Malgré toutes les précautions on est exposé à une complication grave : à la thrombo-phlébite de la veine faciale dans 5 % des cas. 1° Il ne faut pas injecter plus de 1 gramme de paraffine à la fois ; 2° ne jamais employer trop de force ; 3° ne pas chauffer au delà de 55° ; 4° et commencer toujours dans la partie postérieure du cornet.

STRUYCKEN a obtenu de 10 à 20 % de guérison par l'injection de vaseline sans aucun accident.

MOLL a traité quelques cas avec une seule guérison.

ZWAARDEMAKER propose de nommer une commission pour étudier la fréquence du bégaiement en Hollande.

STRUYCKEN. — Angome malin étendu du pavillon de l'oreille.

QUIX. — Anatomie pathologique des affections labyrinthiques.
— Description d'un nouveau procédé technique.

ZAALBERG. — Maladie de Basedow consécutive à une peur. —
Dans la discussion Pell met en garde les médecins contre l'emploi
de la thyroïdine dans cette maladie.

ZAALBERG. — Thrombose otogène du sinus combinée avec un
grand abcès extradural.

PEL. — Diagnostic des anévrismes de l'aorte. — Pel insiste sur
le symptôme décrit par Oliver-Cardanelli et consistant en ceci. Si
l'on tient le larynx du malade avec index et pouce, la main re-
posant sur la poitrine du malade pendant que celui-ci, la bouche
fermée, tourne sa tête un peu à gauche et en arrière, on constate
que le larynx est tiré en bas avec chaque systole. Ce symptôme
est plus caractéristique que la paralysie du récurrent.

BURGER. — Présentation d'un malade opéré en 1900 par Korte-
neg pour cancer du larynx sans récurrence jusqu'à ce jour. Extirpa-
tion du larynx, fistule trachéale, parole inintelligible.

BUYER. — Opération d'une sinusite frontale bilatérale d'après
Kuhnt avec excellent résultat fonctionnel et esthétique.

HENKES. — Abcès rétrodural.

ANROOY. — Cancer du larynx. — Trachéotomie préliminaire à
l'opération radicale, suivie de mort au bout de 24 heures. La
mort a pu avoir des causes multiples : hémorragie, choc (fréquent
dans ces cas) cachexie carcinomateuse, anesthésie, etc.

KAN. — Guérison d'une thrombose sinusale otogène par inter-
vention chirurgicale.

KAN. — Tératome du pharynx chez un enfant de 13 semaines.

P. MEYJES. — Tératome (tumeur couverte de poils et pédiculée)
sortant de la bouche d'un nouveau-né. — Opération. Guérison.

STRUYCKEN. — Adénite consécutive à la pharyngite.

SOCIÉTÉ D'OTO-LARYNGOLOGIE DE MUNICH

Séance du 16 mai 1904 ⁽¹⁾.

HOFFMANN. — Actinomycose du côté gauche du cou. — Cas remarquable par l'énorme extension du processus occupant toute la moitié gauche du cou, et amenant, au bout de un an et demi, la mort malgré un traitement interne et chirurgical très énergique. La mort a été causée par une actinomycose très étendue du poulmon.

Discussion.

TRAUTMANN relate un cas analogue d'actinomycose généralisée. A propos du traitement il recommande les injections de iodipine chez les malades qui ne supportent pas l'iodure de potassium.

TRAUTMANN. — Présentation d'un reflecteur permettant la vision binoculaire. La perforation se trouve sur le bord du miroir et l'articulation spéciale du miroir permet de le poser sur l'œil droit et gauche alternativement.

RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS
ALLEMANDS TENUE A BRESLAU

Séance du 19 septembre 1904 ⁽²⁾.

HOPMANN. — Contribution à la vascularisation du labyrinthe des mammifères.

GOERKE (Breslau). — Histologie de la labyrinthite suppurée. — Démonstrations des préparations.

⁽¹⁾ Compte-rendu d'après *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, n° 1, 1905, d'après LAUTMANN.

⁽²⁾ Compte-rendu d'après *Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, par LAUTMANN.

Discussion.

KÜMMEL voudrait savoir si l'érosion du canal circulaire latéral est vraiment si souvent la cause de l'infection labyrinthique, comme on le dit. Ne s'agit-il pas plutôt dans les pièces démontrées d'un artifice, causé par la préparation, et chez le vivant plutôt d'une perforation venue du dedans, en somme d'un effet plutôt que d'une cause ?

HINSBERG dit avoir pu prouver dans un cas l'érosion du conduit. Dans la tuberculose l'infection du labyrinthe par la fenêtre ronde ou le promontoire est plus fréquente que dans l'otite suppurée. Dans la dernière, l'infection se fait par la fenêtre ovale et par le conduit horizontal.

ALEXANDRE dit que l'infection du labyrinthe peut se faire aussi par la partie supérieure de la caisse, vers le canal supérieur et par là vers la dure-mère.

GOERKE dit qu'il est de l'opinion de Kümmel que la perforation du canal horizontal n'est pas fréquente en réalité, mais que la plupart des cas publiés se rapportent aux érosions du canal horizontal.

BRUHL. — Préparations anatomiques.

ALEXANDRE. — Expériences sur la taupe.

ALEXANDRE. — Histologie de 2 cas de chlorome, qui, pendant la vie, ont présenté le tableau clinique de la leucémie.

SCHWARZ. — 2 cas de carie traumatique du temporal.

SCHWARZ. — Signe objectif pour constater le vertige. — Il importe souvent de pouvoir contrôler les assertions des malades se plaignant de vertige. Schwarz a trouvé que chez un malade qui se plaint de vertige le nombre de pulsations augmente au moment du vertige ou quand on provoque le vertige, en faisant baisser le malade. En même temps la courbe sphygmométrique du pouls devient irrégulière.

Discussion.

SCHILLING a fait les mêmes expériences que Schwarz mais il n'a pu constater cette corrélation entre pouls et vertige.

HINSBERG est de la même opinion. Au contraire, chez deux malades atteints de vertige de Ménière il a constaté le ralentissement de la pulsation pendant le vertige.

KÜMMEL dit que même si les résultats du procédé proposé par Schwarz étaient sûrs, le procédé ne serait pas pratique. Une fois connu par les simulants, ceux-ci arriveraient facilement à modifier le rythme de la pulsation.

Séance des sections de laryngologie et d'otologie réunies.

Mardi, le 20 septembre.

Président : HAJEK

HAJEK. — Sur les glandes de la pituitaire.

KAYSER. — **Sensibilité de la muqueuse nasale.** — La muqueuse du nez est sensible au chatouillement et à la douleur seulement. La chaleur ou le froid ne sont pas perçus comme sensations thermiques. Le pharynx, par exemple, est très sensible au froid. Les réflexes ordinaires du nez ne sont provoqués que par l'addition d'irritation (la sommation d'irritation). Ainsi, par exemple, si l'on irrite la pituitaire avec un corps chimique (solution alcoolique de véraltrine) on voit d'abord le larmolement et l'apparition du mucus nasal et seulement au bout de 5 secondes généralement l'éternuement se fait. Le réflexe de la toux peut être provoqué par le nez chez 1 % des sujets examinés. Dans ce cas aussi la toux est plus prompte à apparaître que l'éternuement.

Discussion.

BLAU (Goerlitz) est d'accord avec Kayser. Il a trouvé que la toux réflexe ne se produit pas, ni du nez, ni de l'oreille, si on a cocaïné le larynx auparavant.

HEYMANN relate l'histoire de six malades qui ont été considérés, par des médecins compétents, comme des tuberculeux et qui ont guéri avec la guérison d'une suppuration du nez ou de l'amygdale.

Discussion.

JOEL (Goubersdorf) dit qu'il pouvait y avoir eu dans les cas d'Heymann combinaison de tuberculose *fermée* avec rhinopathie. Il aurait fallu faire l'épreuve par l'injection de tuberculine.

HEYMANN. — Présentation de 2 cas de sinusite frontale double.

DEUTSCHLANDER ET STREIT.² — Sur le rhinosclérome.

LOWE. — Nouvelle technique pour l'ouverture simultanée de toutes les cavités nasales. — Dans la discussion, Hinsberg, Boeninghaus déclarent que la technique proposée par Lowe sera à considérer comme procédé d'exception dans les cas rebelles.

Séance du 30 septembre (soir).

Président : HAIKE

HAIKE. — Pathologie de l'otite chez le nourrisson. — (Démonstration de préparations).

DEUTSCHLANDER présente un malade guéri d'une polypose généralisée compliquant une pansinusite (sinus frontal, ethmoïde, maxillaire) avec déviation du septum très prononcée.

BRIEGER. — Tuberculose de l'oreille moyenne. — La tuberculose peut se cacher dans n'importe quelle forme de la suppuration chronique. Les ganglions mastoïdiens tuberculeux ne sont pas une preuve pour la nature tuberculeuse de l'otite. La tuberculose du temporal est en rapport avec la tuberculose de l'amygdale pharyngée. Aucun rapport avec l'étendue et la durée de la tuberculose des poumons.

Discussion.

HINSBERG insiste sur les bons résultats qu'on obtient dans la mastoïdite tuberculeuse par l'opération.

HENLE. — Examen de la mastoïde avec les rayons X.

Séance réunie de la section de chirurgie, rhino-laryngologie et d'otologie. 24 septembre

Présidents : FRAENKEL, RICHTER, KÜMMEL

HINSBERG. — Guérison de la méningite suppurée traumatique ou otogène par incision de la dure-mère et drainage de la cavité sous-durale. Tous les opérateurs avaient l'impression que sans l'opération leurs malades seraient morts. Hinsberg croit en conséquence la tentative permise d'attaquer la méningite suppurée avec les armes de la grande chirurgie au lieu de se contenter de la ponction lombaire.

DRESSMANN (Cologne). — **Opération radicale de la sinusite maxillaire.** — Adaptation du procédé Killian pour le sinus maxillaire. Résection de la paroi faciale du sinus, grattage de la muqueuse. De la cavité on résèque la paroi latérale postérieure de façon à conserver un angle de 1 centimètre de largeur entre les deux parois latérales. Le tissu graisseux de la fosse ptérygomaxillaire fait irruption dans la cavité et la remplit. En faisant encore une large ouverture dans le nez on obtiendra les meilleurs résultats.

Discussion.

BOENNINGHAUS dit que sa méthode (résection de la paroi faciale et nasale et tamponnement de la cavité avec la muqueuse nasale conservée) suffit aux cas les plus rebelles.

HAJEK. — La méthode Luc-Caldwell suffit pour tous les cas. Les récidives qu'on peut observer d'après cette méthode au bout de quelques mois ont une tendance spontanée à la guérison. Pour les cas moins rebelles il a recours à une modification de la méthode de Mikulicz consistant en résection partielle du cornet inférieur et établissement d'une ouverture permanente dans le méat inférieur. La méthode de Cooper est réservée aux cas d'origine dentaire.

KÜMMEL dit que la plupart des rhinologistes suivent les principes énoncés par Hajek.

GERBER revient à sa réclamation de priorité contre Luc-Caldwell.

DRESSMANN propose son opération seulement quand la muqueuse sinusale doit être enlevée totalement.

SOCIÉTÉ HONGROISE DE RHINO-LARYNGOLOGIE ⁽¹⁾*Séance du 24 novembre 1904**Président : LOCRI**Secrétaire : ZWILLINGER*

BAUMGARTEN présente une pièce provenant d'une femme de 30 ans. La tumeur, un fibrome, était insérée sur la paroi postérieure (pharyngienne) du voile du palais.

BAUMGARTEN a enlevé un séquestre énorme du nez. Les dimensions étaient de 2 centimètres $1/2$, 3 centimètres et 1 centimètre.

IRSAI. — Présentation d'un malade atteint de rhinosclérome. Diagnostic microscopique.

ZWILLINGER. — Cas d'angine de Vincent.

STEINER. — Atrésie de l'entrée du nez consécutive aux cicatrices d'un lupus.

*Séance du 15 décembre 1904**Président : NAVRATIL**Secrétaire : ZWILLINGER*

NAVRATIL présente un garçon atteint de fibrome du cavum.

NAVRATIL présente un malade atteint de cancer du larynx. Le diagnostic demande l'examen microscopique pour être confirmé.

IRSAI. — Rétrécissement de l'œsophage traité par la thiosinamine. — L'auteur a eu occasion d'essayer les injections sous-

⁽¹⁾ Compte rendu par LAUTMANN d'après le bulletin de la société, édité par le Dr ZWILLINGER, n° 3.

cutanées de thiosinamine (solution alcoolique 10 à 15 % une demie à une seringue deux ou trois fois par semaine) dans 9 cas de rétrécissement de l'œsophage. Son opinion est qu'aucun cas ne pouvait guérir par les injections seules, mais que tous les cas en ont largement profité dans ce sens que la dilatation nécessaire était devenue plus facile, plus énergique et que le traitement a été beaucoup raccourci. Son emploi dans le traitement de retrécissements cicatriciels est très recommandable.

Discussion

SCHILLER a pu observer dans la clinique de Navratil 7 cas très graves de rétrécissement de l'œsophage chez lesquels la dilatation méthodique est restée sans effet. Pour éviter l'opération (gastrotomie et dilatation rétrograde) Navratil a essayé les injections de thiosinamine. Dans 2 cas, le rétrécissement s'est en effet élargi un peu ; dans 3 cas, il a fallu recourir à l'opération.

DONOGANY présente un cas de tumeur hémorragique du septum.

SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE ⁽¹⁾

Président : POLITZER

Secrétaire : FREY

URENTSCHITSCH. — *Abcès cérébral.* — Il a opéré un malade atteint d'un énorme abcès du lobe temporal consécutif à une otorrhée. La décompression du cerveau a été suivie des effets les plus heureux pour le malade, qui ont persisté pendant quatre jours. Tout au plus pouvait-on constater encore une légère dysphasie. Mais le cinquième jour, l'opéré est apathique, les troubles de la parole augmentent. Peu à peu le malade devient très agité. Pas de fièvre, pas de symptôme ophtalmoscopique.

⁽¹⁾ Compte rendu par LAUTMANN d'après *Monatsschrift f. Ohrenheilk.* 1905.

A ce point de son observation clinique, U. est frappé de l'analogie de ce cas avec celui d'un garçon opéré par lui un an et demi auparavant. Petit garçon atteint d'abcès dans le lobe temporal. Evidement de l'abcès. Guérison des symptômes, surtout encéphaliques, de l'aphasie. Bon état général pendant deux semaines quand de nouveau apparaissent de l'aphasie, de la somnolence. Différentes ponctions blanches du lobe temporal. A l'autopsie on reconnaît l'existence d'un abcès (présumé *in vivo*) situé seulement à 1 centimètre et demi plus profondément que l'on n'était entré avec l'aiguille de ponction.

Se rappelant de ce cas, il ponctionne le lobe temporal de son malade dans une profondeur de 3 centimètres sans trouver de pus. Mort. A l'autopsie on reconnaît l'existence d'une encéphalite avec œdème du lobe temporal. C'est l'œdème qui a été cause de la mort.

NEUMANN. — Anesthésie locale pour exécuter l'extraction des osselets, la trépanation radicale de la mastoïde. — L'auteur injecte un mélange de cocaïne et d'adrénaline sous le revêtement cutané, là où l'écaille est proche du conduit. L'injection doit être poussée sous le périoste (Sans détail technique).

Discussion

GOMPERZ rappelle que l'idée de l'emploi de l'anesthésie locale pour ces interventions lui appartient, mais qu'il préfère la technique de Neumann à la sienne comme étant plus sûre.

POLITZER croit que cette anesthésie doit être réservée surtout aux interventions intra-tympaniques.

KAUFMANN a enlevé un ostéome de la paroi antérieure du conduit chez une jeune femme, à l'aide de cette anesthésie de Neumann.

FRKY. — Relation d'un cas de surdité hystérique monosymptomatique. — La surdité a été complète.

Discussion

HAMMERSCHLAG considère également la surdité hystérique totale comme très rare. L'hystérie se manifeste plutôt par une hyperesthésie de l'acoustique. Un symptôme constant dans l'hystérie de l'oreille est la facilité avec laquelle l'acoustique se fatigue quand on l'examine au diapason.

KAISER a observé un malade qui, en traitement pour un catarrhe chronique de l'oreille, est devenu sourd brusquement dans la crainte de perdre sa place. Pas de vertige, ni de bourdonnements.

ALT a vu à la clinique Politzer un homme de 36 ans qui est devenu brusquement sourd et muet. Ici le diagnostic d'hystérie s'imposait. La surdi-mutité brusque chez l'adulte est d'origine hystérique.

ALEXANDRE présente une malade de 22 ans atteinte de tic intermittent du facial. Pendant la période des contractions, la malade entend moins bien.

SOCIÉTÉ BERLINOISE D'OTOLOGIE

Séance du 8 novembre 1904

Président : LUCE

Secrétaire : SCHWABACH

BRUCK présente un malade avec tympan bleu, coloration due probablement à des varices (?).

Discussion

HEINE a vu plusieurs fois des tympan bleus. Il ne croit pas qu'il s'agit des varices mais bien d'un exsudat glutineux. Il se propose dans le cas de Bruck de faire la paracentèse.

PRÉSENTATION DE CAS

HEINE présente une malade qui a été opérée, il y a un an, pour un orifice rétro-auriculaire. Au moment de la présentation, l'orifice est rempli par une tumeur, qui après ponction disparaît. Il s'agit d'une pneumatocele.

Le deuxième malade présenté par Heine a été soigné en 1886 pour otite suppurée à droite. L'ablation de plusieurs polypes de l'oreille est suivie d'hémorrhagie abondante. En décembre 1894,

le malade revient avec une paralysie du facial droit. On retire deux polypes de l'oreille. Hémorragie de 11 centimètres cubes de sang.

En 1904, le malade revient pour la troisième fois. Pas de suppuration. Conduit large. La caisse est remplie en partie par une tumeur sèche, rouge, de consistance élastique. Au-dessous du pavillon, une petite tumeur pulsatile; dans la région des grands vaisseaux du cou, pulsation forte. Insuffisance aortique. Il s'agit probablement d'un angiome caverneux de l'oreille et d'un anévrisme de la carotide.

Le troisième malade souffrait depuis 18 ans d'une suppuration de l'oreille droite. Les grands signes de l'infection, de l'amnésie, aphasie, hyperémie de la papille droite nécessitent l'opération. On suppose un abcès dans le lobe temporal. Après l'opération on trouve une fistule dans le toit du tympan. On ouvre la fistule et tombe dans un vaste abcès extra-dural. Pendant l'opération, la dure-mère se déchire. Heureusement, car par la déchirure se vide un abcès sous-dural. En terminant on enlève une partie du canal horizontal qui s'était séquestré. L'aphasie a continué en même temps que la suppuration. On fait, 3 mois plus tard, une nouvelle intervention et vide un abcès extra-dural sous l'écaille du temporal. A la suite de cette intervention, la guérison a été complète. Heine croit que l'amnésie-aphasie était due dans son cas à l'encéphalite toxique et à la méningite séreuse concomitantes, car l'abcès extra-dural n'a pas été assez volumineux pour produire ce phénomène.

Discussion

PASSOW a vu deux cas de pneumatocele à la suite de la radicale. La guérison fut obtenue par ouverture et curetage du sac.

HERZFELD ne croit pas que la méningite séreuse soit capable de provoquer l'aphasie amnésique.

LEVY croit que l'aphasie dans le cas de Heine était due à une compression de la troisième circonvolution frontale.

HEINE n'a aucune envie de faire une opération à la pneumatocele, la tumeur remplissant bien le trou rétroauriculaire. Quant à l'aphasie, il croit aussi qu'elle était due à l'encéphalite plutôt qu'à la méningite séreuse (1).

(1) D'après la *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, n° 12, 1904.

Compte rendu par LAUTMANN, d'après *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, nos 4 et 5, 1905.

Séance du 13 décembre 1904

Président : LUCÉ

Secrétaire : SCHWABACH

ROCH présente une malade atteinte d'ankylose de l'étrier et chez laquelle, sans raison apparente, le tympan a pris une coloration bleuâtre. En même temps s'est développée une dyspnée légère et un gonflement général des veines superficielles. Dans la discussion, Heine pense qu'il s'agit d'un épanchement sanguin derrière le tympan et conseille la paracentèse.

Voss. — Guérison d'un cas de méningite. — Malade atteint d'otorrhée depuis longue date. Depuis deux jours, céphalée, fièvre de 38-39°, rigidité de la nuque, Kernig, troubles légers de la conscience, légère hyperémie de la papille. Pouls 60. Liquide céphalo-rachidien sous haute pression, trouble, contenant de nombreux polynucléaires et quelques diplocoques. Radicale. La dure-mère de la fosse cérébrale moyenne est normale, ponction du lobe temporal négative. Rémission des symptômes cliniques à la suite de l'intervention; cinq jours plus tard on constate : douleurs dans les jambes, les fesses, l'abdomen. Ces phénomènes persistent pendant trois mois. A ce moment, les canaux circulaires s'éliminent en forme de séquestre. Depuis ce temps, guérison rapide. Pendant la maladie, il a été fait douze ponctions lombaires avec le même résultat que la première fois (à peu près). Le diagnostic de méningite suppurée est démontré, mais en raison de l'intégrité relative de l'intelligence, il est permis de croire qu'il s'est agi d'une méningite circonscrite. A gauche, la cophose est complète.

BRÜHL : — Contribution à l'étude des troubles de l'audition. — L'auteur, médecin consultant d'un asile d'aliénés, a eu occasion d'examiner cliniquement et anatomiquement l'appareil acoustique de neuf malades atteints de surdité nerveuse et d'ankylose de l'étrier. Démonstration des préparations.

Séance du 10 janvier 1905

Président : LUCAS

Secrétaire : SCHWABACH

BRUCK rappelle qu'il a présenté en novembre un malade atteint de tympan bleu. D'après l'avis de quelques membres de la Société, la coloration tenait à un épanchement intratympanal (hématotympanose) et la paracentèse était indiquée comme moyen de diagnostic et de traitement. Bruck a discuté cette paracentèse. Il ne s'est pas écoulé de sang, le trou de perforation, qui du reste a été indolore, est resté béant. Au cathétérisme on n'entend pas de gargouillement. Il paraît donc probable à Bruck qu'il ne s'agit pas d'épanchement. Bruck persiste à croire qu'il s'agit de varices du tympan. Quelques jours après la paracentèse la coloration, qui un moment avait diminué, est revenue comme avant la paracentèse. Mais l'ouïe s'est améliorée de un demi mètre à 5 et 6 mètres.

Discussion.

DENNERT dit avoir publié un cas de tympan bleu occasionné par des champignons.

Voss dit que rien, dans les démonstrations de Bruck, ne parle contre un hématotympanome organisé.

HEINE maintient également le diagnostic de hématotympanome contre celui de varices.

GROSSMANN présente deux cas avec perles de cholestéatome sur le tympan et la paroi du conduit, survenues à la suite d'une otite moyenne aiguë : ce sont des formations très éphémères.

GROSSMANN. — A propos de la valeur de la ponction lombaire. — Les deux observations suivantes de Grossmann méritent au point de vue du diagnostic un grand intérêt.

OBS. 1. — Un tailleur, âgé de 24 ans, se plaint depuis trois semaines de lourdeur de tête, accès de vertiges. Son oreille gauche coule depuis une quinzaine. Les derniers jours la céphalée a augmenté, se compliquant de rigidité de la nuque, de vomissements. L'intelligence est peu troublée. A gauche, le facial est paralysé. Température de 39, pouls de 90. La région mastoïdienne est tuméfiée, le tympan est rouge, le marteau est invisible. En haut

et en arrière il existe une perforation de la grosseur d'une tête d'épingle, la sécrétion est fétide. Nystagmus horizontal. La papille peu nette des deux côtés. La ponction lombaire donne un liquide légèrement trouble, sous haute pression, contenant de nombreux leucocytes et des diplocoques. Comme l'intelligence du malade est presque intacte on fait l'opération, c'est-à-dire on ouvre l'antre et l'attique qui sont remplis de pus et de granulations. Le canal circulaire est intact, les osselets sont cariés. Le sinus et la dure-mère ne sont pas ouverts. Les jours suivants la température reste aux alentours de 39°, le quatrième jour elle tombe au-dessous de 38, en même temps la paralysie faciale s'améliore. Lentement les autres symptômes régressent et il persiste seulement encore pendant un certain temps de la céphalée, du nystagmus et des vomissements, pour disparaître enfin complètement.

Cette observation semble exiger le diagnostic de méningite, et l'auteur se serait décidé à la rigueur à y voir un cas de méningite circonscrite guérie par l'opération. Mais il n'y avait nulle part la moindre communication visible entre l'oreille moyenne et la région endo-cranienne, la dure-mère n'était pas dénudée, pas de fistule du labyrinthe ni du canal circulaire. N'aurait-on pas pu expliquer le résultat de la ponction lombaire par une résorption de masses fétides par voie lymphatique ? Le cas suivant semble plaider pour cette façon de voir.

OBS. II. — Un garçon de 8 ans souffre depuis la première enfance d'otorrhée gauche. Il y a deux ans il s'est formé un abcès rétroauriculaire qui s'est ouvert spontanément. Depuis une quinzaine le malade souffre dans l'oreille, il a de la fièvre, des vertiges, une démarche chancelante. Reçu à l'hôpital, l'enfant est somnolent, présente un peu de rigidité de la nuque. Température 39,2°, pouls 110. Nystagmus horizontal, fond de l'œil normal. Ponction lombaire : liquide sous haute pression, légèrement trouble, nombreux globules de pus, pas de microbes même après coloration de 40 minutes. Opération radicale. Canal horizontal porte une érosion large de 2 millimètres. Dure-mère n'est pas dénudée. On ouvre le sinus, mais il est trouvé sain. Après l'opération la température reste la même, la somnolence et la rigidité de la nuque augmentent. Les jours suivants la paroi sinusale se décolore, ne présente plus de pulsation nette. Une ponction montre que le sang est coagulé fétide. Une nouvelle ponction lombaire donne un liquide à peine plus trouble qu'à la première ponction. Le malade meurt le lendemain. A l'autopsie, on ne trouve pas trace de méningite et, malgré la fistule du canal circulaire, le labyrinthe

ne contenait pas de pus. Il s'agissait donc d'un cas rare de septicopyémie otogène, où l'infection du sinus n'a été que secondaire. En rapprochant les 2 cas on ne peut pas nier que la ponction lombaire perd beaucoup de sa valeur quasi pathognomonique. Ce qui manque aux observations analysées est l'examen histologique que nous n'avons pas trouvé dans le texte.

Voss dit que pour lui la ponction lombaire avec résultat positif n'implique pas le diagnostic de méningite ni diffuse ni circonscrite. On a déjà constaté la présence de bactéries dans le liquide cérébrospinal sans qu'il existe en même temps infection des méninges. Il est au contraire prouvé que par voie hémato-gène, les microbes peuvent arriver vers les méninges. A la clinique de la Charité l'ensemble clinique décide sur l'indication opératoire. En cas de troubles aphasiques combinés à ceux de l'intelligence avec liquide cérébrospinal louche et contenant des microbes, on s'abstient de l'opération.

Séance du 14 février 1905

Président : LUCAS

Secrétaire : SCHWABACH

BAÜHL présente un cas intéressant de syphilis de l'oreille. — Un homme de 35 ans a pris la syphilis à l'âge de 19 ans. Depuis, il a souvent eu des crises de céphalée qui cédèrent au traitement spécifique mixte. La dernière attaque en octobre 1904, mais depuis il se plaint de bourdonnement d'oreille, de surdité de l'oreille droite. L'examen fonctionnel montre qu'il s'agit d'une surdité nerveuse. Malgré le traitement institué, l'état empire. La surdité est complète, le facial droit est paralysé; il existe du nystagmus, des vertiges. Il se développe entre temps une tuméfaction de la mastoïde qui, en trois jours, prend la forme et la dimension d'un œuf de poule. On peut à ce moment constater l'existence d'un catarrhe séreux de la caisse. On continue le traitement mixte et en quinze jours tout disparaît, excepté la surdité qui persiste.

LUCAS présente un instrument destiné à mesurer l'intensité de la parole, pour comparer par exemple la voix chuchotée de différents observateurs.

Séance du 14 mars 1905.

Président : PASSOW

Secrétaire : SCHWABACH

HAIKE. — Pathologie de l'oreille moyenne chez le nourrisson.
— Haïke a observé 5 cas d'otite tuberculeuse chez les nourrissons. L'infection a débuté une fois dans le palais, les autres fois dans la trompe. Les mères étant tuberculeuses, il est probable que l'infection s'est faite par contact direct (baisers) ou indirect (par les tétines infectées, par la salive des mères tuberculeuses, etc.). Chez les adultes la trompe est rarement le siège de la tuberculose, de même la tuberculose primitive ou isolée de l'oreille est rare. La fonte tuberculeuse demande chez l'adulte plusieurs mois, tandis que quelques jours suffisent pour la destruction du rocher par la tuberculose chez l'enfant. Ainsi, par exemple, chez un enfant de cinq semaines, quelques jours après le début d'une otorrhée, une paralysie faciale a pu être constatée, trois semaines plus tard les osselets étaient complètement détruits et le labyrinthe infecté (autopsie). Régulièrement les petits malades montraient des ganglions caséux sur la surface et à la pointe de la mastoïde. La tuberculose infantile est beaucoup plus rare pendant les trente et un premiers mois de la vie, que plus tard.

Discussion.

WESTENHÖFFER dit qu'il est très difficile de reconnaître ce qui est tuberculose primitive ou secondaire. Il rappelle ses opinions (connues) sur la carie dentaire comme porte d'entrée de la tuberculose, admet que les aphtes peuvent à l'occasion jouer le même rôle.

PASSOW fait remarquer que la perforation du labyrinthe se fait toujours par l'usure de l'étrier.

SCHWABACH dit qu'il publie actuellement 1 cas où la perforation du labyrinthe se fait par le ligament annulaire. Mais c'est plus rare que la perforation dans les canaux circulaires.

ERRATUM

N° 10, page 384, ligne 11, au lieu de « la grande ouverture est placée devant l'oreille du sujet à examiner », lire : « la grande ouverture est placée devant la bouche du médecin qui se tient à quelque distance de l'oreille du sujet à examiner » (une erreur de composition, en supprimant tout un membre de phrase, rend l'analyse incompréhensible).

NOUVELLES

Société parisienne d'otologie et de laryngologie.

Notre collaborateur, le Dr G. MAHU, vient d'être nommé Secrétaire Général de cette Société en remplacement du Dr SAINT-HILAIRE, démissionnaire.

Le IX^e Congrès de la Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie, qui s'est tenu à Rome du 24 au 26 octobre 1905, a mis à l'ordre du jour pour sa prochaine réunion les rapports suivants :

Technique de l'examen clinique des troubles de l'équilibre dans les maladies de l'oreille ; rapporteurs : OSTINO, NUOLI, RUGANI.

Corps étrangers des premières voies aériennes, MELZI, FEDERICI, DE CARLI.

Le Congrès de 1906 aura lieu à Milan dans la première quinzaine d'octobre, à l'occasion de l'Exposition Universelle qui se tiendra dans cette ville.

Le Dr SALVATORE CITELLI, docteur d'oto-rhino-laryngologie à l'Université de Gênes, est nommé à l'Université de Catane.

Le Dr KRETSCHMANN vient d'être nommé professeur extraordinaire d'otologie à l'Université de Königsberg en remplacement du Dr GRÜNKERT, décédé.

Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Le lundi 20 novembre a été ouverte, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance Publique, 3, avenue Victoria (Service des Archives, esc. A., 5^e étage), la *Bibliothèque centrale de l'Internat*, créée par l'Administration grâce au concours de l'Association Amicale des Internes et anciens Interpes.

Cette bibliothèque sera ouverte de 2 à 5 heures et de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2 du soir; les séances de lecture pourront être, le cas échéant, prolongées sur la demande des travailleurs jusqu'à 6 heures et jusqu'à 11 heures du soir.

Y seront admis sur justification de leur identité les internes et anciens internes des hôpitaux de Paris; les internes auront d'ailleurs la faculté d'envoyer par l'intermédiaire des directeurs des établissements des demandes de renseignements bibliographiques pour éviter des démarches inutiles.

Toutes les communications et notamment les dons d'ouvrages scientifiques et de périodiques devront être adressés à M. le Chef du cabinet du Directeur de l'Assistance publique, chargé de la Bibliothèque Centrale de l'Internat.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Die bakteriologischen und die klinische Diagnose bei den fibrinösen Entzündungen der oberen Luftwege, par Prof. GERBER (Extrait du *Berliner Klin. Wochens.*, 1905, n° 31).

Das Sclerom in den Ruisschen und deutschen Grenzgebieten und seine Bekämpfung, par Paul GERBER (Extr. de *Sammlung Klinischer Vorträge*, Breitkopf et Härtel, édit. à Leipzig, 1905).

Anosmia per Rinite Sifilitica tardiva, par le Dr BENIAMINO AGRO, Bernadina Stamperia Montes Girgenti, 1905).

Encephalitis et otitis grippalis acuta, par Prof. GERBER (Extrait de *Archiv. f. Ohrenheilkunde*, Bd. LXVI, Vogel, éditeur à Leipzig, 1905).

Précis de laryngologie clinique et thérapeutique, par LACROIX (De Ru-deval, éditeur, Paris, 1906).

Chirurgie oto-rhino-laryngologique par Georges LAURENS. (Steinheil édit. Paris 1906).

Benzocaiyptol (Inhalations et Gargarismes). Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches (Voir aux Annonces).

CHLOROFORME DUMOUTHIERS

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les Inflammations de la Peau :

ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

CÉREBRINE

(Cocœ-Théine analogique Panadolux)

Medicament spécifique des

MIGRAINES

et des **NÉURALGIES REBELLES**

E. FOURNIER, 21, Rue de St-Petersbourg, PARIS et toutes Pharmacies.

Le Gérant : MASSON et C^{ie}.

TABLE DES MATIÈRES DE L'ANNÉE 1905

(31^e VOLUME, 2^e PARTIE)

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

Les titres des mémoires originaux sont composés en caractères gras.

	Pages
Alexander. — Les malformations de l'appareil auditif, surtout du labyrinthe	372
— — Etablissement d'une fistule cutané-jugulaire dans la pyémie otogène	375
— — Etablissement d'une fistule cervicale cutanée dans le cas de pyohémie otogène	393
Alexandre. — Sur le développement phylogénétique des organes des sens en remplacement des autres organes perdus . .	472
— — Expériences sur la taupe	616
— — Histologie de deux cas de chlorome qui, pendant la vie, ont présenté le tableau clinique de la leucémie .	616
Alt. — Relations entre l'otite moyenne suppurée et la méningite épidémique et tuberculeuse	374
— — Guérison de deux cas d'abcès du cercelet	377
— — Sur la surdité pour les mélodies	471
Anrooy. — Cancer du larynx	614
Arthud Chéabale et W. d Este Emery. — Actinomycose de l'amygdale	173
Augieras. — Résultats éloignés du traitement par l'évidement mastoïdien de 4 cas d'ostéite condensante de l'apophyse mastoïde	53
Avellis. — Influence du climat sur l'athisme	203
Ball (B.). — Mélanosarcome du voile du palais	171
Bar. — Angiome vélopalatin	50
— — Otite externe hémorrhagique	381
Barwell (H.). — Deux cas de tuberculose laryngée guéris par le traitement	611

	Pages
Baumgarten (E.) — Contributions nouvelles à l'étiologie de la suppuration de la paroi osseuse du sinus sphénoïdal. . . .	402
Bayer — Sur la parosmie, observée chez deux malades à la suite d'influenza.	285
Beco. — Fibrosarcome naso-pharyngien.	80
Bellin (L.) et Leroux (R.) — Une observation d'occlusion membraneuse congénitale des choanes.	159
Bernoud. — Des cathétérismes d'air chaud dans le traitement de la surdité.	189
Beutzen. — Paralyse du récurrent gauche chez un homme de 77 ans.	466
— — Corps étranger du larynx.	467
— — Synéchie entre le voile du palais et le pharynx, consécutive à la syphilis.	468
Beyer. — Sur les perceptions gustatives du nez.	287
Bezold. — Septicémie dans la suppuration chronique de l'oreille moyenne avec perforation centrale de la membrane.	191
— — Autopsie d'un cas d'atrésie congénitale unilatérale du conduit externe et pavillon rudimentaire.	385
— — Nouvelles recherches sur la conduction osseuse du son et l'appareil conducteur de l'oreille.	386
Biaggi. — Fibro-angiome caverneux du larynx chez un sujet hémophile.	182
Binder. — Extraction d'un corps étranger du sinus maxillaire à l'aide du salpingoscope.	404
Blanc (F.) — Variétés cliniques et traitement chirurgical des déviations de la cloison des fosses nasales.	188
Blondiau. — Coups de revolver. Curieux effet de balistique. Pénétration du projectile dans la boîte crânienne à travers le sinus frontal. Opération. Guérison.	379
Blumenfeld. — Etiologie et thérapie des xéroses des muqueuses pharyngées.	305
Boeke. — Traumatisme de l'oreille.	384
— — Epithélioma de l'oreille et traitement par le radium.	385
Bonain. — Deux points de pratique otologique.	48
— — Sténose cicatricielle du vestibule du larynx consécutive à un lupus. Dilatation par l'intubation et résection des replis aryéno-épiglottiques.	48
Bonnamour (S.) — Trois observations de polypes de l'amygdale.	350
Bonnier (P.) — La notation bulbaire en oto-laryngologie.	54
Bourguet (J.) — Chirurgie du labyrinthe.	218
Boval. — Malade guérie d'une paralysie faciale otitique, complète.	81
Boval. — Deux cas de mastoïdite traumatique par traumatisme frontal.	92
Braunstein. — L'action du téléphone sur l'organe de l'ouïe.	194
Brieger. — Tuberculose de l'oreille moyenne.	618
Brindel (A.) — Des complications auriculaires consécutives aux occlusions du conduit auditif externe.	44
Broca (A.) — Valeur de la palatoplastie en un temps.	95
Brœckaert. — Nouvelles recherches histologiques sur le sort définitif de la paraffine injectée chez l'homme.	75
— — Nouvel appareil à stériliser les instruments tranchants.	80
— — La cure radicale des pansinusites.	86
— — Deux cas de paralysie récurrentielle avec examen histologique des muscles et des nerfs du larynx.	197

	Pages
Brœckaert. — Recherches sur les artères du larynx	198
— — Les injections à froid de paraffine	308
Bronner. — Un cas d'angiome du sinus maxillaire	172
Bruhl. — Préparations anatomiques	616
— — Contribution à l'étude des troubles de l'audition	625
— — Cas intéressant de syphilis de l'oreille	628
Brunzlow. — Le pli antérieur du tympan	371
Buser (E). — La respiration buccale et la compression des os maxillaires par les masséters sont-elles la cause de la formation spéciale du palais ogival, de l'étroitesse de l'arcade dentaire	102
Burger. — Traitement de l'ozène par les injections de paraffine	613
— — Présentation d'un malade opéré en 1900 par Kortenog pour cancer du larynx, sans récidive jusqu'à ce jour. Extirpation du larynx; fistule trachéale; parole inintelligible	614
Buyer. — Opération d'une sinusite frontale bilatérale	614
Calamida. — Contribution à l'étude de la rhinite caséuse	178
— — Carcinome du sinus sphénoïdal	179
Castex. — Un cours d'orthophonie; ses résultats	66
— — Opération d'une sinusite frontale à complications rares	72
Cauzard (P.). — Réflexions sur quatre cas de laryngectomie totale	165
Chavanne et Troullieur. — De la section intracrânienne du nerf auditif	70 et 272
Chavasse. — Morcellement des amygdales et ablation des végétations adénoïdes, chez l'homme adulte	55
Cheval. — Traitement chirurgical du cancer du larynx. Rapport	81
— — Clinique oto-laryngologique de l'hôpital Saint-Pierre	378
Chiari (O.). — Maladies du nez	288
Claoué. — Contribution au traitement des déviations de la cloison par la résection sous-muqueuse	66
Claus. — Contribution à l'opération radicale de la sinusite maxillaire chronique	404
Cohn. — L'atrésie congénitale des choanes	399
Collet. — La santonine dans le traitement des crises laryngées du tabes	48 et 215
— — Une complication imprévue de la galvano-cautérisation du pharynx	70
Collinet. — Un cas de mastoïdite grave sans suppuration de l'oreille	50
Coosemans. — Synéchie pharyngienne totale de nature spécifique; opération; guérison	91
— — Corps étranger de l'œsophage	92
— — Kyste sébacé du pavillon	93
Cornet (P.). — Microtie congénitale du pavillon de l'oreille droite avec imperforation du conduit auditif, hémiplegie du voile du palais du même côté et atrophie du pavillon tubaire	34
Davis (H. J.). — Perforation linéaire de la corde vocale	172
— — Un cas de tumeur bénigne du larynx	172
De Cortes. — Un cas de laryngectomie totale	180
De Lins (A.). — Extraction d'un corps étranger de la bronche gauche à l'aide de la bronchoscopie de Killian	462
Delsaux. — Seringue à paraffine	80

	Pages
Delsaux. — Amygdalotome automatique	80
— — Cure radicale de sinusites multiples de la face . .	81
— — Les complications endocraniennes des sinusites de la face	86
— — Méningitique traité par la résection large du crâne	94
Delstauche. — Masque pour la narcose à l'éthylforme	80
De Ponthière. — Chondrite et périchondrite crico-thyro-arythénoïdienne, complication de fièvre typhoïde. Sténose grave. Trachéotomie. Guérison	63 et 365
— — Deux cas de corps étrangers des fosses nasales	459
De Santi et Purveys-Stewart. — Brève description des altérations pathologiques de la bouche, de la gorge et de l'oreille, consécutives à une lésion congénitale unilatérale de la moelle	607
De Stella. — Cholestéatome de l'oreille moyenne et pansements post opératoires	93
— — Hystéro traumatisme de l'oreille	93
Deutschlander et Streit. — Sur le rhinosclérome	618
Dressmann. — Opération radicale de la sinusite maxillaire . .	619
Dundas Grant — Papillôme du larynx chez une femme de 51 ans. Ablation avec la pince de l'auteur. Paralysie de la corde vocale droite, de la moitié droite du pharynx chez une jeune fille de 20 ans	173
— — Diverticule pharyngien s'ouvrant dans la fosse piriforme; radiographie montrant la poche préalablement remplie de bismuth	610
Ehrmann. — A propos de la palatoplastie	95
Erich Conrad. — L'angine de Vincent	305
Escat. — Un cas de glossite basique phlegmoneuse	54
Escat (E.). — Légitimité de la distinction clinique du lupus et de la tuberculose vulgaire des voies respiratoires supérieures	313
— — Instruments de rhinologie	576
Eulenstein. — Hémorragie par ulcération du sinus dans les suppurations de l'os temporal	190
— — Cas remarquable de multiples complications intracrâniennes consécutives à une otite moyenne chronique suppurée	374
Federici. — Sur le mécanisme de l'émigration des leucocytes à travers l'épithélium tonsillaire	182
Fein (J.). — L'ablation de l'amygdale pharyngée avec l'adénotome coudé en forme de baïonnette	430
Fernandès. — Un cas de méningocèle cervicale opérée avec succès	91
Ferreri. — Photothérapie laryngée selon la méthode de Finsen . .	184
— — Exostose du conduit auditif externe	368
Feuzer. — Les altérations du fond de l'œil dans les otites . .	286
Finbag de Havana. — Faux diagnostic: Thrombophlébite du sinus caverneux, compliquée de sinusite suppurée maxillaire et ethmoïdale, considérée comme thrombophlébite du sinus latéral	387
Finlay. — Thrombo phlébite du sinus caverneux compliquant un empyème du sinus sphénoïdal et des cellules ethmoïdales pris pour une thrombophlébite du sinus latéral	191
Fournié (J.). — Procédé d'examen du larynx et du cavum naso-pharyngien chez les sujets hyperesthésiques	569

	Pages
Fresco. — Relations entre la tuberculose du larynx et la tuberculose des poumons.	203
Frey. — Nouvelles recherches sur la conduction du son dans le crâne.	505
— — Relation d'un cas de surdité hystérique monosymptomatique.	622
Frey et Hammer-chlag. — Recherches sur le vertige rotatoire chez les sourds-muets.	501
Friedrich. — La suppuration du labyrinthe de l'oreille.	289
Friedrich (E. P.). — Du traitement chirurgical de la ménigite cérébrospinale, suppurée, d'origine otique.	478
— — Constatations anatomiques dans la suppuration du labyrinthe.	506
Fuchs (A.). — Hydrocéphalie chronique interne ; bruits céphaliques objectifs.	507
Furet (F.). — Traitement chirurgical de la paralysie faciale.	53
Guisez. — De l'emploi de la paraffine endonasale comme traitement complémentaire des sinusites maxillaires et fronto-maxillaires.	19
Garel et Bonnamour. — De la hernie intermittente des glands salivaires comme signe de calcul.	419
Gatteschi. — Méthode endonasale pour le traitement chirurgical des dacryocystites suppurées chroniques.	181
Gaudier et Descarpentries. — Anatomie de la veine mastoldienne.	518
Gellé (G.). — Les adénopathies dans les affections des fosses nasales et du rhinopharynx.	15 et 52
Gerber. — Diagnostic rhinoscopique et traitement des kystes dentaires alvéolaires.	401
— — Abscès cérébral rhinogène.	405
Geronzi. — Chirurgie non sanglante des cornets.	175
— — Sur la présence de ganglions nerveux dans quelques muscles intrinsèques du larynx.	180
— — Un cas de paralysie de l'abducens, d'origine otitique.	183
Glas (E.). — Des glandes intraépithéliales et de la muqueuse nasale.	398
Gleitsmann. — Tuberculose du larynx.	594
Goerke. — Histologie de la labyrinthite suppurée.	615
Gomperz. — Otopathies chez les diabétiques.	473
Goris. — Les complications orbitaires des affections nasales.	86
— — Tumeurs du haut pharynx.	81
— — Abscès profonds de la nuque.	93
Gradenigo. — Sur l'acoumétrie.	183
Gradenigo (G.). — De la leptoméningite circonscrite et de la paralysie de l'abducens d'origine otitique.	193
Gresvess. — Développement du crâne et de la cavité buccale en présence des végétations adénoïdes.	612
Grönbech. — Laryngite aiguë et abcès rétropharyngé.	469
Grossmann (F.). Thrombophlébite tuberculeuse du sinus.	192
— — Thrombophlébite tuberculeuse.	285
— — A propos de la valeur de la ponction lombaire.	626
Grunert (K.). — Recherches sur la pathologie et l'anatomie pathologique des affections de l'oreille moyenne pendant ces dix dernières années, et conséquences thérapeutiques de ces recherches.	291
Guisez. — Cas de guérisons de manie cérébrale.	91
— — De l'œsophagoscopie.	250

	Pages
Guisez. — Trachéobronchoscopie et œsophagoscopie	289
— — De la paraffine endonasale comme traitement complémentaire des sinusites	557
Hacke. — Expérience sur l'action de l'aspirine et du salicylate de soude sur l'oreille	286
Haïke. — Pathologie de l'otite chez le nourrisson	618
— — Pathologie de l'oreille moyenne chez le nourrisson	629
Hajek. — Sur les glandes de la pituitaire	617
Hammerschlag. — La surdi-mutité héréditaire comme signe de dégénérescence. Ses rapports avec la consanguinité des parents	372
— — Contribution à l'étude de la surdimutité héréditaire dégénérative	389
— — Expériences sur le vertige voltaïque dans la surdi-mutité par dégénérescence héréditaire	474
Heiman. — Deux cas de cholestéatome de l'oreille moyenne guéris par le traitement endo-auriculaire	379
Heminglon Pegler. — Cinq cas de déviation de la cloison traités avec succès selon la méthode de Moure	172
Henkes. — Abscès rétroaural	614
Henle. — Examen de la mastoïde avec les rayons X	618
Hennebert. — Labyrinthite double. Réflexe moto oculaire	66
— — Accidents consécutifs à un furoncle du nez	92
Heryng (T). — Méthodes d'examen et de traitement des affections du larynx	184
Herzfeld (J.). — Traitement de la pharyngite granuleuse et latérale	304
Heymann. — Présentation de deux cas de sinusite frontale double	618
Heyninx. — Coupes d'un épithélioma perlé du lobule nasale	79
— — Coupe microscopique d'un fibrome trachéal	79
— — Amygdalectomie pour enfants	80
— — Contre respirateur intra buccal	80
— — Seringue pour injection trachéale	80
— — Cornet ethmoïdal surnuméraire	92
— — Epilepsie et compression intranasale supérieure	92
— — Scotomes étincelants et hypertrophie du cornet moyen	92
— — Suppression des pansements après l'évidement pétro-mastoldien	93
Heyninx et Hauchamps. — Epithélioma perlé du lobule nasal	81
Hinsberg. — Du traitement opératoire de la méningite suppurée	491
Hoffmann. — Actinomycose du côté gauche du cou	615
Holscher. — Remplissage de grandes cavités opératoires dans le rocher par la paraffine	190
Hopmann. — Contribution à la vascularisation du labyrinthe des mammifères	615
Hunter (Tod). — Trois cas de déviation de la cloison nasale traités par la résection du cartilage, résultat opératoire excellent	171
Isai. — Rétrécissement de l'œsophage traité par la thiosinamine	680
Iwanoff. — Atrésie des choanes	392
Iwanoff (A.). — Carcinome primaire du sinus frontal	402
Jacques. — Thrombo-phlébite otitique de la jugulaire avec abcès intra-veineux sus-claviculaire	63

	Pages
Jacques. — De la cure opératoire des sinusites frontales chroniques associées.	72
Kan. — Guérison d'une thrombose sinusale otogène par intervention chirurgicale.	614
— — Tératome du pharynx chez un enfant de 13 semaines.	614
Kayser. — Sensibilité de la muqueuse nasale.	617
Kelson. — Tumeur bénigne intralaryngée chez un enfant de 6 ans.	174
Klein. — Tuberculose du nez.	466
Klein (W.). — Grande tumeur du larynx (fibrome) chez un homme de 64 ans.	468
Knight (Chas. H.). — Terminaison d'un cas supposé de nodule laryngé. Epithélioma du larynx. Thyrotomie; mort.	197
Knight. — La tuberculose des fosses nasales.	591
Kobrak (F.). — Contribution à la pathologie de la pyocémie otogène.	192
Koenig (C. J.). — De l'emploi des « salivoids » comme pansement dans la chirurgie endonasale.	66
Köplik (H.). — Tuberculose des amygdales.	306
Labarrière. — Sarcome du larynx. Laryngectomie totale.	95
Lafitte-Dupont. — Augmentation de la pression artérielle chez des otoscléreux purs.	70
Lambert (Lack). — Paralysie bilatérale des dilatateurs de la glotte consécutive à un traumatisme.	171
— — Epithélioma de la région arythénoïdienne droite. Ablation par la pharyngotomie latérale.	610
— — Epithélioma de l'épiglotte et de la base de la langue; ablation par pharyngotomie sous hyoïdienne.	611
Lange. — Extraction des osselets; expériences des deux dernières années à la clinique otologique de la charité.	287
Lannois. — Paralysie faciale et récidivante et paralysie faciale à bascule d'origine otique. 1 et 69	
— — Les illusions de fausses présences dans la pratique oto laryngologique.	48
— — Otite varicelleuse.	382
Latarjet. — Des psychoses d'origine thyroïdienne et leur traitement chirurgical.	100
Laurens. — Un nouveau procédé de technique en oto-rhinolaryngologie.	60
Laurens (G.). — Chirurgie du cancer du larynx.	82
Laurens Paul. — Thrombo-phlébites du golfe de la jugulaire interne d'origine otique; leur traitement chirurgical.	114
Lauze. — Cancer à cellules cylindriques de l'oreille moyenne.	369
Lavrand. — Paralysie de la corde vocale gauche et de la moitié gauche du voile du palais.	44
Leimer (F.). — Ouverture chirurgicale de la mastoïde dans 80 cas d'otite moyenne suppurée aiguë compliquée d'empyème des cellules mastoïdiennes.	503
Lénart. — Tumeur pseudo-leucémique de l'épipharynx.	476
Lermoyez. — Chirurgie crânienne.	60
Lermoyez (M.). — Affections pyocyaniques de l'oreille.	325
Lermoyez. — Un cas d'autophonie respiratoire.	456
Leutert (E.). Difficultés de formuler un avis sur les blessures consécutives aux tentatives d'extraction de corps étranger du conduit.	194
Lombard (E.). — Lampe stérilisable pour la diaphanoscopie.	39

	Pages
Lombard (E.). — Les indications opératoires dans quelques formes cliniques et anatomiques des sinusites frontales. . . .	70
Lowe. — Nouvelle technique pour l'ouverture simultanée de toutes les cavités nasales. . . .	618
Lubet-Barbon et Furet. — Ostéomyélite du maxillaire supérieur avec ethmoïdite et empyème du sinus. . .	209
Luc. — La voie d'accès vers le sinus caverneux. . . .	57
Luc. — Cure chirurgicale des foyers limités de leptoméningite par voie orbitaire. . . .	85
Lunghini, Massei et Biaggi. — Nosographie du stridor congénital. . . .	179
Mahu (G.). — La méthode la plus simple de panser les évidés. . . .	9 et 68
— — Pathogénie de l'empyème maxillaire. . . .	61 et 105
— — Deux instruments nouveaux. . . .	583
Maier. — Troubles olfactifs et gustatifs dans les otites. . . .	286
— — Troubles gustatifs et affections de l'oreille moyenne. . .	386
Malherbe (A.). — Du redressement cosmétique du pavillon de l'oreille. . . .	52
— — Les rhino-pharyngiens. Principaux types cliniques chez l'enfant. . . .	68
Mann (Max). — Sur les paralysies du voile du palais. . . .	306
Marage. — Mesure et développement de l'audition chez les sourds muets. . . .	392
Martuscelli. — Expériences sur l'étiologie de la rhinite caséuse. .	178
Martuscelli et Martelli. — Altérations du sens olfactif et des organes en général dans l'asphyxie lente due à la sténose nasale complète. . . .	177
Martuscelli et Ricciardelli. — L'hypertrophie des amygdales palatines est-elle la conséquence d'un tempérament lymphatique ou l'effet d'une lésion circonscrite de l'anneau de Waldeyer? Existe-t-il un rapport fonctionnel interne entre les follicules clos qui constituent cet anneau?	181
Martuscelli et Rossi. — Recherches expérimentales sur la localisation des tumeurs sous-glottiques à la partie antérieure du larynx. . . .	181
Mermod. — Cas d'un adulte ayant succombé à une leptoméningite quatre jours après une opération d'après la méthode de Killian. . . .	51
Meyjes. — Sur l'action du radium. . . .	613
— — Syphilis de la trachée. . . .	613
— — Tératome sortant de la bouche d'un nouveau-né. . . .	614
Mignon. — Drainage nasal des sinusites maxillaires. . . .	48
— — Drainage nasal des sinusites. . . .	362
Mink. — L'examen de l'ouïe. . . .	384
Moliné (M.). — Traitement de l'amygdalite aiguë. . . .	47
Moller. — Présentation de coupes microscopiques provenant d'un cas de sclérose de l'oreille. . . .	466
— — Myringite tuberculeuse et otite moyenne récidivante. . .	467
— — Mastoïdite à évolution lente. . . .	469
Moure. — Proposition pour atteindre les tumeurs des arrières-fosses nasales ou du corps du sphénoïde. . . .	56
— — Contribution à l'étude des abcès du cerveau. . . .	76
Mouret (J.). — Des cavités pneumatiques annexées à l'oreille. Cellules pétreuses. . . .	383
Nadoleczny. — L'otite moyenne dans la rougeole. . . .	505
Navratil. — Sarcome du pharynx. . . .	476
— — Sclérome traité par la radiothérapie. . . .	476

Navratil. — Fibromatose diffuse du larynx et de la trachée ; guérison par trachéotomie et laryngo-fissure.	478
Neumann. — L'anesthésie locale dans les grandes interventions chirurgicales sur l'oreille.	370
— — Anesthésie locale pour exécuter l'extraction des osselets, la trépanation de la mastoïde radicale.	622
Norregaard. — Syphilis du nez et de l'apophyse alvéolaire.	469
Nowotny. — Quelques cas de corps étrangers aspirés.	201
Onodi (P. A.). — Les cavités accessoires du nez.	290
Onodi. — L'ouverture large du sinus sphénoïdal par voie endonasale.	404
Oppikofer. — Rapport sur le fonctionnement de la clinique otolaryngologique de Bâle, en 1901 et 1902.	97
Ostino. — De la surditité endémique.	183
Panse (R.). — Technique de la mise à nu du bulbe de la jugulaire.	192
Parket (Ch.). — Cas d'une femme atteinte de tuberculose laryngée lors de sa première grossesse, qui se comporta assez bien pour qu'il y ait eu quatre grossesses depuis.	606
Passow. — Mécanisme de la fracture du conduit illustré par relation de 3 cas observés.	286
Paterson. — Corps étranger de la trachée retiré par la bronchoscopie supérieure.	173
Paterson. — Corps étranger du larynx chez un enfant de 12 mois enlevé par la laryngoscopie directe (instrumentation de Killian).	174
Pel. — Diagnostic des anévrysmes de l'aorte.	614
Piffle (Otto). — Quelques cas de thrombose des sinus cérébraux d'origine auriculaire.	387
Poli. — Sur la distribution du tissu adénoïde sur la muqueuse nasale.	178
— — Méthode de choix pour l'exentération du labyrinthe ethmoïdal.	182
Poli et Staderini. — Adénoïdisme et conjonctivite printanière.	178
Prota. — Laryngisme striduleux et végétations adénoïdes.	180
Pugnat. — Etude sur les polypes ossifiés de l'oreille.	380
Quix. — Le diapason comme source acoustique dans l'otologie et dans la physiologie.	389
— — Audition de la voix humaine.	612
— — Anatomie pathologique des affections labyrinthiques.	614
Raoult. — Fistule de la paroi inférieure du conduit, nécrose des cellules pérfaciales. Opération. Guérison.	56
Raoult. — Tuberculose du lobule de l'oreille.	93
Raoult (A.) et Pillemmont (P.). — Phlébite du sinus carverneux.	43
Richter (E.). — Pachyméningite gangréneuse.	377
Rönke. — Endothéliome de la cavité nasale.	398
Röpke (Fr.). — Les lésions du nez et de ses cavités accessoires.	290
Roth. — Tumeur hémorragique du septum.	395
Roy (J.-N.). — Nécrose du maxillaire supérieur par intoxication phosphorée ; opération ; guérison.	27
Rusalt. — Les injections intra-trachéales dans la tuberculose laryngée et pulmonaire.	68
Rugani. — Les troubles auditifs dans la fièvre.	183
Saenger. — Sur l'asthme.	204
Saint-Clair-Thomson. — Sinusite frontale. Deux cas de mort post-opératoire.	71 et 409
— — Un cas de complète résection sous-muqueuse d'une déviation de la cloison.	172

	Pages
Saint-Clair Thomson. — Résection sous-muqueuse complète d'une crête et d'une déviation de la cloison	173
— — — — — Epithélioma du larynx ; laringo-	
fissure ; absence de récédive au bout de six mois	605
— — — — — Epithélioma du larynx. Laryngo-	
fissure ; pas de récédive après huit mois	610
Salveri. — Kystes de l'ethmoïde	180
Scheibe. — Etiologie et pathogenèse de l'empyème au cours de l'otite moyenne aiguë	390
Schiffers. — Cas de brûlure de l'œsophage par la potasse caustique ; pénétration de la sonde dans le médiastin ; mort . . .	84
Schilling. — La valeur pratique de l'index du crâne pour les opérations sur l'apophyse mastoïde	372
Schirmunski. — Cas d'oto-lithiase	331
— — — — — Nouveau procédé opératoire de la déviation de la cloison	395
Schmiegelow. — Deux cas de cancer primaire du rhino-pharynx	468
— — — — — Carcinome à cellules fusiformes dans le cavum. Opération. Guérison	469
— — — — — Lymphosarcomes multiples du pharynx	469
Schultze (W.). — Les dangers de la ligature de la jugulaire et de l'obstruction des sinus dans les sinusites otogènes . . .	195
Schwartz. — Signe objectif pour constater le vertige	616
— — — — — Deux cas de carie traumatique du temporal . . .	616
Schwartz (H.) et Grunert (C.). — Introduction à l'étude des maladies de l'oreille	187
Sebilleau (Pierre). — L'opération de Lamorier-Desault autrefois et aujourd'hui	513
Semon (Félix). — Epithélioma du larynx ; thyrotomie ; récédive ; résection d'une grande partie du larynx. Guérison . . .	174
— — — — — Cancer du larynx	597
Semon. — Nystagmus pharyngo laryngé, dû à une tumeur de la protubérance	605
Sendziak. — Cancer primaire de l'amygdale linguale	304
Simonin. — Radiographie et corps étrangers de l'oreille . . .	382
Solly. — Le traitement de la tuberculose laryngée	601
Sorgo. — Traitement de la tuberculose du larynx par la lumière solaire ; proposition de technique par la lumière artificielle	200
Souques. — Troubles auditifs sans lésion de la voie acoustique au cours de tumeurs cérébrales	193
Spalding. — Doit-on refuser aux sourds l'assurance contre les accidents ?	196
Spalding (James). — Bruits d'oreille et proposition de notation musicale de ces bruits	389
Spira. — Rapport sur le fonctionnement de la clinique otorhinologique de Cracovie en 1903	96
Steiner. — Atrésie de l'entrée du nez, consécutive aux cicatrices d'un lupus	620
Stenger. — L'audition binauriculaire	387
Stévani. — Sur une maladie d'origine nasale insuffisamment connue	394
Stoker. — L'ozone dans les affections de l'oreille	57
Strazza. — Nouvelle méthode de traitement radical des suppurations du sac lacrymal	178
Struycken. — Angiome malin étendu du pavillon de l'oreille . .	613
— — — — — Adénite consécutive à la pharyngite	614

	Pages
Suckstorff et Killian. — La résection fenêtrée du septum ; son historique ; sa technique.	395
Symonds. — Un cas d'extirpation totale du larynx.	609
Takabatake. — Paralyse croisée et troubles de la parole consécutifs à la suppuration otogène du cerveau et des méninges.	375
Taptas. — Traitement des déviations de la cloison nasale ; résection sous muqueuse.	448
Texier (V.) et Malherbe (H.). — Syphilis bucco-pharyngée, chancres multiples et successifs. 55 et	356
Thanisch. — Nouvel appareil pour laver l'attique.	391
Tilley (H.). — Un cas de lupus très étendu du palais, du pharynx et de l'épiglotte.	172
— — Résection sous-muqueuse d'une déviation de la cloison par la méthode de Killian.	174
— — Sinusite frontale subaiguë consécutive à la scarlatine, chez un enfant de 9 ans.	175
— — Gomme probable de la trachée.	605
— — Six cas d'opérations radicales pour sinusites chroniques du sinus frontal, du sinus maxillaire, du sinus sphénoïdal.	607
Tommasi. — Mode d'action et influence des traumatismes de l'oreille, spécialement au point de vue de la médecine légale	183
— — Les inhalations d'eau-mère-chloro-bromo-iodée, associées au traitement interne avec les eaux de Montecatini, dans les maladies des voies respiratoires supérieures et de l'oreille.	184
Totti. — Nouvelle méthode conservatrice de cure radicale des suppurations chroniques du sac lacrymal (lacryocystorhinostomie).	182
Toubert (J.). — Chloroformisation et rhinologie	237
Trétrop. — De l'utilisation des voies naturelles du sinus maxillaire pour le diagnostic de l'empyème et son traitement.	64
— — Six cas d'abcès enkystés du lobule du nez, avec examen bactériologique.	64
— — Un nouvel appareil pour l'aérothermothérapie.	65
— — Paralyse du récurrent gauche par insuffisance mitrale.	91
— — Un cas de syphilis tertiaire grave simulant la lymphadénie.	92
— — Fracture bilatérale du rocher.	93
— — Otite moyenne purulente bilatérale.	93
— — Un cas de cholestéatome du lobule de l'oreille.	93
— — Abscès latent du cervelet, chez un opéré d'attico-antrotomie et d'évidement mastoïdien.	384
Urbantschitsch. — Miroirs en verre pour l'otoscopie intratympanale.	392
— — Abscès cérébral.	621
Vacher (Louis). — Sur un procédé simple et facile d'ablation de l'épiglotte.	45
Vacher. — Mastoïdite de Bezold, compliquée d'érysipèle de la face : évidemment, injections intra-veineuses de collargol. Guérison.	380
Van Swieten. — Un cas de tumeur adénoïde chez le vieillard.	92
Voss. — Sur la thrombose du sinus	287
— — De la curabilité de la méningite purulente otique, avec considération spéciale de la valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire.	482
— — L'ouverture chirurgicale du golfe de la veine jugulaire.	500

	Pages
Voss. — Guérison d'un cas de méningite.	625
Wagger. — Rétrécissement de l'œsophage diagnostiqué à l'aide de l'œsophagoscope de Killian.	173
Walsham (W.-J.) — Quelques opérations pour le redressement des déviations et des effondrements du squelette nasal.	398
Watson Williams. — Rhinorrhée cérébro-spinale; guérison spontanée	611
Watsuji. — Fibres élastiques dans l'oreille	370
Wicart. — Danger du tamponnement des fosses nasales; cas de mort par méningite aiguë	400
Wittmaak. — Contribution à l'anatomie pathologique de l'oreille	369
Zaalberg. — Résultats du traitement de l'ozène par les injections de paraffine	613
— — Maladie de Basedow consécutive à une peur. . .	614
— — Thrombose otogène du sinus combinée avec un grand abcès extradural.	614
Zwaardemaker. — Intensité de la voix humaine	612
— — Comparaison entre la respiration buccale et nasale par la mensuration de la vitesse du courant respiratoire.	612
Zwillinger. — Sur quelques points litigieux dans l'opération des adénoides	477
— — Cas d'angine de Vincent.	620

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

	Pages
Abcès cérébral, par Urbantschitsch	621
Abcès cérébral rhinogène, par le prof. Gerber	405
Abcès du cerveau (contribution à l'étude des), par Moure	76
Abcès du cervelet (guérison de deux cas d'), par Alt	377
Abcès enkystés du lobule du nez, avec examen bactériologique (six cas d'), par Trétrop	64
Abcès latent du cervelet, chez un opéré d'attico-antrotomie et d'évidement mastoïdien, par Trétrop	384
Abcès profonds de la nuque, par Goris	93
Acès rétrodural, par Henkes	614
Acoumétrie (sur l'), par Gradenigo	183
Actinomycose de l'amygdale, par Arthud Cheable et W. d'Este Emery	173
Actinomycose du côté gauche du cou, par Hoffmann	615
Adénite consécutive à la pharyngite, par Struycken	614
Adénoïdes (sur quelques points litigieux dans l'opération des), par Zwillingner	477
Adénoïdisme et conjonctivite printannière, par Poli et Staderini	178
Adénopathies dans les affections des fosses nasales et du rhino-pharynx (les), par Georges Gellé 15 et	52
Aérothermothérapie (un nouvel appareil pour l'), par Trétrop	65
Affections pyocyaniques de l'oreille, par M. Lermoyez	325
Altérations du fond de l'œil dans les otites (les), par Feuzer	286
Altérations du sens olfactif, et des organes, en général, dans l'asphyxie lente due à la sténose nasale complète, par Martascelli et Martelli	177
Altérations pathologiques de la bouche, de la gorge et de l'oreille consécutives à une lésion congénitale unilatérale de la moelle (brève description des), par De Santi et Purveys-Stewart	607
Amygdale pharyngée (l'ablation de l') avec l'adénotome coudé en forme de baïonnette, par Jean Fein	430
Amygdales (morcellement des) et ablation des végétations adénoïdes chez l'homme adulte, par Chavasse	55
Amygdalite aiguë (traitement de l'), par M. Molinié	47
Amygdalotome automatique, par Delsaux	80
Amygdalotome pour enfants, par Heyninx	80
Anatomie de la veine mastoïdienne, par Gautier et Descarpentries	548
Anatomie pathologique de l'oreille (contribution à l'), par Wittmaak	369

	Pages
Anatomie pathologique des affections labyrinthiques, par Quix .	614
Anesthésie locale dans les grandes interventions chirurgicales sur l'oreille (l'), par Neumann .	370
Anesthésie locale pour exécuter l'extraction des osselets, la trépanation de la mastoïde la radicale, par Neumann .	622
Angine de Vincent (l'), par Erich Conrad .	305
Angine de Vincent (cas d'), par Zwillinger .	620
Angiome du sinus maxillaire (un cas d'), par Bronner .	172
Angiome malin étendu du pavillon de l'oreille, par Struycken .	613
Angiome vélopalatin, par Bar .	50
Appareil (nouvel) à stériliser les instruments tranchants, par Brœckaert .	80
Appareil pour laver l'attique (nouvel), par Thanisch .	391
Artères du larynx (recherches sur les), par Brœckaert .	198
Aspirine (expérience sur l'action de l') et du salicylate de soude sur l'oreille, par Hacke .	236
Assurance contre les accidents (doit-on refuser aux sourds l'), par Spalding .	196
Athisme (influence du climat sur l'), par Avellis .	203
Athisme (sur l'), par Saenger .	204
Atrésie congénitale des choanes (l') par Cohn .	399
Atrésie congénitale unilatérale du conduit externe et pavillon rudimentaire (autopsie d'un cas d'), par Bezold .	385
Atrésie de l'entrée du nez, consécutive aux cicatrices d'un lupus, par Steiner .	620
Atrésie des choanes, par Iwanoff .	398
Audition binaurculaire (l'), par Stenger .	387
Audition chez les sourds-muets (mesure et développement de l'), par Marage .	392
Augmentation de la pression artérielle chez des otoscléreux purs, par Lafitte Dupont .	70
Antiphonie respiratoire (un cas d'), par M. Lermoyez .	456
Bruits d'oreille et proposition de notation musicale de ces bruits par James Spalding .	389
Cancer à cellules cylindriques de l'oreille moyenne, par Lauze .	369
Cancer du larynx, par Félix Semon .	597
Cancer du larynx, par Anrooy .	614
Cancer du larynx (chirurgie du), par Georges Laurens .	82
Cancer du larynx (traitement chirurgical du), par Cheval .	81
Cancer primaire de l'amygdale linguale, par Senzlak .	304
Cancer primaire du rhinopharynx (deux cas de), par Schmiegelow .	468
Carcinome à cellules fusiformes dans le cavum. Opération. Guérison, par Schmiegelow .	469
Carcinome du sinus sphénoïdal, par Calamida .	179
Carcinome primaire du sinus frontal, par A. Iwanoff .	402
Carie traumatique du temporal (deux cas de), par Schwartz .	616
Cathétérismes d'air chaud dans le traitement de la surdité (des), par le Dr Bernoud .	189
Cavités accessoires du nez (les), par P. A. Onodi .	290
Cavités pneumatiques annexées à l'oreille; cellules pétreuses, par J. Mouret .	383
Chirurgie crânienne, par Lermoyez .	60
Chirurgie du labyrinthe, par Julien Bourguet .	218
Chirurgie non sanglante des cornets, par Géronzi .	175
Chloroformisation et rhinologie, par J. Toubert .	237
Chloroforme (histologie de deux cas de), qui ont présenté, pendant la vie, le tableau, clinique de la leucémie, par Alexandre .	619

	Pages
Cholestéatome de l'oreille moyenne et pansements post-opé- toires, par De Stella	93
Cholestéatome de l'oreille moyenne (deux cas de) guéris par le traitement endo auriculaire, par Heiman	379
Cholestéatome du lobule de l'oreille (un cas de), par Trétrop	93
Chondrite et périchondrite crico-thyro aryénoïdienne , complication de fièvre typhoïde. Sténose grave. Tra- chéotomie, guérison , par Léopold de Ponthière , 63 et Clinique oto laryngologique de Bâle (rapport sur le fonctionne- ment en 1901 et 1902 de la), par Oppikofer	365
Clinique oto-rhinologique de Cracovie (rapport sur le fonction- nement, en 1903, de la), par le Dr Spira	97
Clinique oto-laryngologique de l'hôpital Saint-Pierre, par Cheval	96
Comparaison entre la respiration buccale et nasale par la men- suration de la vitesse du courant respiratoire, par Zwaardemaker	378
Complications orbitaires des affections nasales (les), par Goris	612
Conduction du son dans le crâne (nouvelles recherches sur la), par Frey	86
Conduction osseuse du son et l'appareil conducteur de l'oreille (nouvelles recherches sur la), par Bezold	505
Conduit auditif externe (des complications auriculaires consé- cutives aux occlusions du), par A. Brindel	386
Constatactions anatomiques dans la suppuration du labyrinthe, par Friedrich	44
Contre respirateur intra buccal, par Heyninx	506
Cornet ethmoïdal surnuméraire, par Heyninx	80
Corps étranger de la bronche gauche (extraction d'un) l'aide de la bronchoscopie de Killian , par A. de Lins	92
Corps étranger de la trachée retiré par la bronchoscopie supé- rieure, par Paterson	462
Corps étranger de l'œsophage, par Coosemans	173
Corps étranger du larynx, par Beutzen	92
Corps étranger du larynx chez un enfant de 12 mois, enlevé par la laryngoscopie directe (instrumentation de Killian), par Pa- terson	467
Corps étranger du sinus maxillaire (extraction d'un) à l'aide du salpingoscope, par Binder	174
Corps étrangers aspirés (quelques cas de), par Nowotny	404
Corps étrangers des fosses nasales (deux cas de) par Léopold de Ponthière	201
Coups microscopiques provenant d'un cas de sclérose de l'oreille (présentation de), par Jorg. Möller	459
Coups de revolver. Curieux effet de balistique. Pénétration du projectile dans la boîte crânienne à travers le sinus frontal. Opération guérison, par Blondiau	466
Dacryocystites suppurées chroniques (méthode endo-nasale pour le traitement chirurgical des) , par Gatteschi	379
Dangers de la ligature de la jugulaire et de l'obstruction des sinus dans les sinusites otogènes, par W. Schultze	181
Développement du crâne et de la cavité buccale en présence des végétations adénoïdes, par Greves	195
Développement phylogénétique des organes des sens en rempla- cement des autres organes perdus (sur le), par Alexandre	612
Déviation de la cloison nasale traitée par la résection du carti- lage, résultat opératoire excellent (Trois cas de), par Hunter Tod	472
Déviation de la cloison (cinq cas de, traitée avec succès selon la méthode de Moure, par Hemington Pegler	171
	172

	Pages
Déviation de la cloison (contribution au traitement des) par la résection sous-muqueuse, par Claoué	66
Diagnostic des anévrysmes de l'aorte, par Pel.	614
Diagnostic rhinoscopique et traitement des kystes dentaires alvéolaires, par Gerber	401
Diapason comme source acoustique dans l'otologie et dans la physiologie (le), par Quix	389
Difficultés de formuler un avis sur les blessures consécutives aux tentatives d'extraction de corps étranger du conduit, par E. Leutert.	194
Distribution du tissu adénoïde sur la muqueuse nasale (sur la), par Poli	178
Diverticule pharyngien s'ouvrant dans la fosse piriforme. Radiographie montrant la poche préalablement remplie de bismuth, par Dundas Grant.	610
Drainage nasal des sinusités , par Mignon.	362
Empyème au cours de l'otite moyenne aiguë (Étiologie et pathogénèse de l'), par Scheibe.	390
Empyème maxillaire (pathogénie de l'), par Mahu. 61 et	105
Endothéliome de la cavité nasale, par Rönke.	398
Épiglotte (sur un procédé simple et facile d'ablation de l'), par Louis Vacher	45
Epilepsie et compression intra-nasale supérieure, par Heyninx.	92
Epithélioma de la région aryénoïdienne droite; ablation par la pharyngotomie latérale, par Lambert Lack.	610
Epithélioma de l'épiglotte et de la base de la langue; ablation par pharyngotomie sous-hyoidienne, par Lambert-Lack. .	611
Epithélioma de l'oreille et traitement par le radium, par le prof. Böke.	384
Epithélioma du larynx; laryngofissure; absence de récidive au bout de six mois, par Saint-Clair Thomson.	605
Epithélioma du larynx. Laryngofissure. Pas de récidive après huit mois, par Saint-Clair Thomson.	610
Epithélioma du larynx; thyrotomie; récidive; résection d'une grande partie du larynx. Guérison, par Félix Semon. . .	174
Epithélioma perlé du lobule nasal (coupes d'un), par Heyninx.	79
Epithélioma perlé du lobule nasal, par Heyninx et Hauchamps.	81
Étiologie de la suppuration de la paroi osseuse du sinus sphénoïdal (contributions nouvelles à l'), par E. Baumgarten.	402
Étiologie et thérapie des xéroses des muqueuses pharyngées, par Blumenfeld	305
Evidés (la méthode la plus simple de panser les), par Georges Mahu.	9
Examen de l'ouïe (l'), par Mink	384
Exentération du labyrinthe étmoidal (méthode de choix pour l'), par Poli	182
Exostose du conduit auditif externe, par Ferreri.	368
Expériences sur la taupe, par Alexandre	616
Extirpation totale du larynx (un cas d'), par Ch. J. Symonds.	609
Extraction des osselets, expériences des deux dernières années à la clinique otologique de la Charité, par Lange	287
Faux diagnostic: Thrombophlébite du sinus caverneux, compliquée de sinusite suppurée maxillaire et étmoidale, considérée comme thrombophlébite du sinus latéral, par Finbag de Havana.	387
Femme atteinte de tuberculose laryngée lors de sa première grossesse, qui se comportera assez bien pour qu'il y ait eu quatre grossesses depuis (cas d'une), par Ch. Parket	606

	Pages
Fibres élastiques dans l'oreille, par le D ^r Watsuji	370
Fibro-angiome caveux du larynx chez un sujet hémophile, par Biaggi	182
Fibromatose diffuse du larynx et de la trachée; guérison par trachéotomie et laryngofissure, par Navratil	478
Fibrome trachéal (coupe microscopique d'un), par Heyninx . .	79
Fibrosarcome naso pharyngien, par Beco	80
Fistule cervicale cutanée dans le cas de pyohémie otogène. (Etablissement d'une), par Alexander	393
Fistule cutané jugulaire (établissement d'une, dans la pyémie otogène), par Alexander	375
Fistule de la paroi inférieure du conduit, nécrose des cellules périfaciales. Opération. Guérison, par Raoult	56
Fracture bilatérale du rocher, par Trétrop	93
Furoncle du nez (accidents consécutifs à un), par Hennebert .	92
Galvano-cautérisation du pharynx (une complication imprévue de la), par Collet	70
Ganglions nerveux dans quelques muscles intrinsèques du larynx (sur la présence de), par Géronzi	180
Glandes de la pituitaire (sur les), par Hajek	617
Glandes intraépithéliales et de la muqueuse nasale (des), par E. Glas	398
Glossite basique phlegmoneuse (un cas de), par Escat	54
Gomme probable de la trachée, par Herbert-Tilley	605
Guérison de manie cérébrale (cas de), par Guisez	91
Haut pharynx (tumeurs du), par Goris	81
Hémorrhagie par ulcération du sinus dans les suppurations de l'os temporal, par Eulenstein	190
Hernie intermittente des glandes salivaires comme signe de calcul (de la), par J. Garel S. Bonnamour	419
Hydrocéphalie chronique interne; bruits céphaliques objectifs, par A. Fuchs	507
Hypertrophie (l') des amygdales palatines est-elle la conséquence d'un tempérament lymphatique ou l'effet d'une lésion circonscrite de l'anneau de Waldeyer? Existe-t-il un rapport fonctionnel interne entre les follicules clos qui constituent cet anneau? par Martuscelli et Ricciardelli	181
Hystéro-traumatisme de l'oreille, par De Stella	93
Illusions de fausses présences dans la pratique oto-laryngologique (les), par Lannois	48
Indications opératoires dans quelques formes cliniques et anatomiques des sinusites frontales (les), par E. Lombard	70
Inhalations d'eau mère chloro bromo-iodée, (les) associées au traitement interne avec les eaux de Montecatini, dans les maladies des voies respiratoires supérieures, et de l'oreille, par Tommasi	184
Injectons à froid de paraffine (les), par Brœckaert	308
Injectons intra-trachéales dans la tuberculose laryngée et pulmonaire (les), par Ruault	68
Instruments de rhinologie, par E. Escat	576
Instruments nouveaux (deux), par Georges Mahu	583
Introduction à l'étude des maladies de l'oreille, par H. Schwartze et C. Grunert	187
Kystes de l'ethmoïde, par Salverì	180
Kystes sébacé du pavillon, par Coosemans	93
Labyrinthe double. Reflexe moto oculaire, par Hennebert . .	66
Labyrinthite suppurée (histologie de la), par Goerke	615
Lampe stérilisable pour la diaphanoscopie, par E. Lombard	39

	Pages
Laryngectomie totale (un cas de), par De Cortes	180
Laryngectomie totale réflexions sur quatre cas de), par Pierre Cauzard	165
Laryngisme striduleux et végétations adénoïdes, par Prota . .	180
Laryngite aiguë et abcès rétropharyngé, par Gröbabeck . . .	469
Légitimité de la distinction clinique du lupus et de la tuberculose vulgaire des voies respiratoires supérieures, par E. Escat	313
Lepto-méningite (cas d'un adulte ayant succombé à une) quatre jours après une opération d'après la méthode de Killian, par Mermod	51
Lepto-méningite circonscrite et de la paralysie de l'abducens d'origine otitique (de la), par G. Gradenigro	193
Leptoméningite : cure chirurgicale des foyers limités de par voie orbitaire), par Luc	85
Lésions du nez et de ses cavités accessoires (les), par Fr. Röpke	290
Lupus très étendu du palais, du pharynx et de l'épiglotte (un cas de), par Herbert Tilley	172
Lymphosarcomes multiples du larynx, par Schmiegeow . . .	469
Malade opéré en 1900 par Korteneg pour cancer du larynx, sans récidence jusqu'à ce jour (présentation d'un) : extirpation du larynx ; fistule trachéale ; parole inintelligible, par Burger .	614
Maladie de Basedow consécutive à une peur, par Zaalberg . .	614
Maladie d'origine nasale insuffisamment connue (sur une), par Stévani	394
Maladies du nez, par O. Chiari	288
Malformations de l'appareil auditif, surtout du labyrinthe (les) par G. Alexander	372
Masque pour la narcose à l'éthylforme, par Delstanche . . .	80
Mastoïde (examen de la avec les rayons X), par Henle	618
Mastoidite à évolution lente, par Möller	469
Mastoidite de Bezold compliquée d'érysipèle de la face : évidemment, injections intra-veineuses de collargol. Guérison, par Vacher	380
Mastoidite grave sans suppuration de l'oreille (un cas de), par Collinet	50
Mastoidite traumatique par traumatisme frontal (deux cas de), par Boval	92
Mécanisme de la fracture du conduit illustré par relation de trois cas observés, par Passow	286
Mécanisme de l'émigration des leucocytes à travers l'épithélium tonsillaire (sur le), par Federici	182
Mélanosarcome du voile du palais, par B. Ball	171
Méningite (guérison d'un cas de), par Voss	625
Méningite cérébrospinale supprimée, d'origine otique (du traitement chirurgical de la), par le prof. E. P. Friedrich . . .	478
Méningite purulente otique (de la curabilité de la), avec considération spéciale de la valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire, par le Dr Voss	482
Méningite supprimée (du traitement opératoire de la), par le prof. V. Hinsberg	491
Méningitique traité par la résection large du crâne, par Del-saux	94
Méningocèle cervicale opérée avec succès (un cas de), par Fernandès	91
Méthodes d'examen et de traitement des affections du larynx, par Théodor Heryng	184
Microtie congénitale du pavillon de l'oreille droite avec	

	Pages
imperforation du conduit auditif, hémiplegie du voile du palais du même côté et atrophie du pavillon tubaire, par P. Cornet	34
Miroirs en verre pour l'otoscopie intratympanale, par V. Urbantschitsch	392
Multiples complications intracrâniennes consécutives à une otite moyenne chronique suppurée (cas remarquable de), par Eulenstein	374
Myringite tuberculeuse et otite moyenne récidivante, par J. Möller	467
Nécrose du maxillaire supérieur par intoxication phosphorée; opération; guérison, par J.-N. Roy	27
Nosographie du stridor congénital, par Lunghini, Masséi et Biaggi	179
Notation bulbaire en oto-laryngologie (la), par Pierre Bonnier	54
Nouveau procédé opératoire de la déviation de la cloison, par Schirmunski	395
Nouvelle méthode conservatrice de cure radicale des suppurations chroniques du sac lacrymal (lacryocystorhinostomie), par Totti	182
Nystagmus pharyngo-laryngé dû à une tumeur de la protubérance, par S.-F. Semon	605
Occlusion membraneuse congénitale des choanes (une observation d'), par L. Bellin et R. Leroux	159
Œsophage (cas de brûlure de l') par la potasse caustique; pénétration de la sonde dans le médiastin; mort, par Schiffers	84
Œsophage (rétrécissement de l', traité par la thiosinamine), par Isai	620
Œsophagoscopie (de l'), par Guisez	250
Opération de Lamorier-Desault autrefois et aujourd'hui (l'), par Pierre Sébilleau	513
Opération radicale de la sinusite maxillaire chronique (contribution à l'), par Claus	404
Opérations pour le redressement des déviations et des effondrements du squelette nasal (quelques), par W. J. Walsham	398
Orthophonie (un cours d'); ses résultats, par Castex	66
Ostéite condensante de l'apophyse mastoïde (résultats éloignés du traitement par l'évidement mastoïdien de quatre cas d') par Augières	53
Ostéomyélite du maxillaire supérieur avec éthmoïdite et empyème du sinus, par Lubet-Barbon et F. Furet	209
Otite chez le nourrisson (pathologie de l'), par Haïke	618
Otite externe hémorragique, par Bar	381
Otite moyenne dans la rougeole (l'), par Nadoleczny	505
Otite moyenne purulente bilatérale, par Trétrop	93
Otite varicelleuse, par Lannois	382
Otolithiase (cas d'), par Schirmunski	391
Otopathies chez les diabétiques, par Gomperz	473
Ouverture chirurgicale de la mastoïde dans 80 cas d'otite moyenne suppurée aiguë, compliquée d'empyème des cellules mastoïdiennes, par F. Leimer	503
Ouverture chirurgicale du golfe de la veine jugulaire (l'), par Voss	500
Ouverture large du sinus sphénoïdal par voie endonasale (l'), par Onodi	404
Ouverture simultanée de toutes les cavités nasales (nouvelle technique pour l'), par Lowe	618
Ozone dans les affections de l'oreille (l'), par Stoker	57

	Pages
Pachyméningite gangréneuse, par E. Richter	377
Palatoplastie (à propos de la), par Ehrmann	95
Palatoplastie en un temps (valeur de la), par A. Broca	95
Pansinusites (la cure radicale des), par Broeckaert	86
Papillome du larynx chez une femme de 51 ans. Ablation avec la pince de l'auteur. Paralyse de la corde vocale droite, de la moitié droite du pharynx chez une jeune fille de 20 ans, par Dundas Grant	173
Paraffine endonasale comme traitement complémentaire des sinusites (de la), par Guisez	557
Paraffine injectée chez l'homme (nouvelles recherches histologiques sur le sort définitif de la), par Broeckaert	75
Paralyse bilatérale des dilatateurs de la glotte, consécutive à un traumatisme, par Lambert Lack	171
Paralyse croisée et troubles de la parole consécutifs à la suppuration otogène du cerveau et des méninges, par Takabatake	375
Paralyse de l'abducens (un cas de, d'origine otitique), par Geronzi	183
Paralyse de la corde vocale gauche et de la moitié gauche du voile du palais, par Lavrand	44
Paralyse du récurrent gauche par insuffisance mitrale, par Trétrop	91
Paralyse du récurrent gauche chez un homme de 77 ans, par Beutzen	466
Paralysies du voile du palais (sur les), par Max Mann	306
Paralyse faciale (traitement chirurgical de la), par F. Furet	53
Paralyse faciale otitique, complète (malade guérie d'une), par Boval	81
Paralyse faciale récidivante et paralysie faciale à bascule d'origine otitique , par Lannois 1 et	69
Paralyse récurrentielle (deux cas de) avec examen histologique des muscles et des nerfs du larynx, par Broeckaert	197
Parosmie observée chez deux malades à la suite d'influenza (sur la), par Bayer	285
Pathologie de la pyémie otogène (contribution à la), par F. Koberak	192
Pathologie de l'oreille moyenne chez le nourrisson, par Haike	629
Pavillon de l'oreille (du redressement cosmétique du), par A. Malherbe	52
Perceptions gustatives du nez (sur les), par Beyer	287
Perforation linéaire de la corde vocale gauche, par H.-J. Davis	172
Pharyngite granuleuse et latérale (traitement de la), par J. Herzfeld	304
Phlébite du sinus caverneux, par Raoult (A.) et Pillemment (P)	43
Photothérapie laryngée selon la méthode de Finsen , par Ferrieri	184
Pli antérieur du tympan (le), par Brunzlow	371
Polypes de l'amygdale (trois observations de), par S. Bonnamour	350
Polypes ossifiés de l'oreille (étude sur les), par Pugnat	380
Ponction lombaire (à propos de la valeur de la), par Grossmann	626
Pratique otologique (deux points de), par Bonain	48
Préparations anatomiques, par Bruhl	616
Procédé d'examen du larynx et du cavum naso-pharyngien chez les sujets hyperesthésiques, par Jacques Fournié	569

Psychoses d'origine thyroïdienne (des) et leur traitement chirurgical, par Latarjet	100
Radiographie et corps étrangers de l'oreille, par Simonin	382
Radium (sur l'action du), par Meyjes	613
Recherches expérimentales sur la localisation des tumeurs sous-glottiques à la partie antérieure du larynx, par Martuscelli et Rossi	181
Recherches sur la pathologie et l'anatomie pathologique des affections de l'oreille moyenne pendant ces dix dernières années, et conséquences thérapeutiques de ces recherches, par K. Grunert	291
Relations entre l'otite moyenne suppurée et la méningite épidémique et tuberculeuse, par Alt	374
Remplissage de grandes cavités opératoires dans le rocher par la paraffine, par Holscher	190
Réssection fenêtrée du septum (la) ; son historique ; sa technique, par Suckstorff et Killian	395
Réssection sous-muqueuse complète d'une crête et d'une déviation de la cloison, par Saint-Clair Thomson	173
Réssection sous muqueuse d'une déviation de la cloison (un cas de complète), par Saint-Clair Thomson	172
Réssection sous-muqueuse d'une déviation de la cloison par la méthode de Killian , par Herbert Tilley	174
Respiration buccale (la) et la compression des os maxillaires par les masséters sont-elles la cause de la formation spéciale du palais ogival, de l'étroitesse de l'arcade dentaire, par E. Buser	102
Rétrécissement de l'œsophage diagnostiqué à l'aide de l'œsophagoscope de Killian , par Waggett	173
Rhinite caséuse (contribution à l'étude de la), par Calamida	178
Rhinite caséuse (expériences sur l'étiologie de la), par Martuscelli	178
Rhino-pharyngiens (les) Principaux types cliniques chez l'enfant, par A. Malherbe	68
Rhinorrhée cérébro-spinale ; guérison spontanée, par Watson Williams	611
Rhinosclérome (sur le), par Deutschlander et Streit	618
Salivoids comme pansement dans la chirurgie endo-nasale (de l'emploi des), par C. J. Koenig	66
Santonine dans le traitement des crises laryngées du tabes (la), par Collet	48 et 215
Sarcome du larynx. Laryngectomie totale, par Labarrière	69
Sarcome du pharynx, par Navratil	476
Sclérome traité par la radiothérapie, par Navratil	476
Scotomes étincelants et hypertrophie du cornet moyen, par Heyninx	92
Section intracrânienne du nerf auditif (de la), par Chavanne et Troullieur	70 et 272
Sensibilité de la muqueuse nasale, par Kayser	617
Septicémie dans la suppuration chronique de l'oreille moyenne avec perforation centrale de la membrane, par Bezold	191
Seringue à paraffine, par Delsaux	80
Seringue pour injection trachéale, par Heyninx	80
Sinus caverneux (la voie d'accès vers le), par Luc	57
Sinusite frontale (opération d'une à complications rares), par Castex	712
Sinusite frontale bilatérale (opération d'une), par Buyer	614
Sinusite frontale ; deux cas de mort post-opératoire, par Saint-Clair Thomson	71 et 409

	Pages
Sinusite frontale double (présentation de deux cas de), par Heymann	618
Sinusite frontale subaiguë consécutive à la scarlatine chez un enfant de 9 ans, par Herbert Tilley	175
Sinusite maxillaire (opération radicale de la), par Dressmann	619
Sinusites chroniques du sinus frontal, du sinus maxillaire, du sinus sphénoïdal (six cas d'opérations radicales pour), par H. Tilley	607
Sinusites de la face (les complications endocrâniennes des), par Delsaux	86
Sinusites frontales chroniques associées (de la cure opératoire des), par Jacques	72
Sinusites maxillaires (drainage nasal des), par Mignon	48
Sinusites maxillaires et fronto maxillaires (de l'emploi de la paraffine endonasale comme traitement complémentaire des), par Guisez	91
Sinusites multiples de la face (cure radicale de), par Delsaux	81
Sténose cicatricielle du vestibule du larynx consécutive à un lupus. Dilatation par l'intubation et résection des replis aryéno-épiglottiques, par Bonain	48
Suppression des pansements après l'évidement pétromastoidien par Heyninx	93
Suppuration du labyrinthe de l'oreille (la), par E.-S. Friedrich	289
Surdi-mutité endémique (de la), par Ostino	183
Surdi-mutité héréditaire comme signe de dégénérescence (la). Ses rapports avec la consanguinité des parents, par Hammerschlag	372
Surdi-mutité héréditaire dégénérative (contribution à l'étude de la), par Hammerschlag	389
Surdité hystérique monosymptomatique (relation d'un cas de), par Frey	622
Surdité pour les mélodies (sur la), par Alt	471
Synéchie entre le voile du palais et le pharynx, consécutive à la syphilis, par Beutzen	468
Synéchie pharyngienne totale de la nature spécifique; opération; guérison, par Coozemans	91
Syphilis bucco-pharyngée. Chancres multiples et successifs, par V. Texier et H. Malherbe	55 et 356
Syphilis de la trachée, par Posthumus Meyjes	613
Syphilis de l'oreille (cas intéressant de), par Bruhl	628
Syphilis du nez et de l'apophyse alvéolaire, par Norreggaard	469
Syphilis tertiaire grave simulant la lymphadénie (un cas de), par Trétrop	92
Tamponnement des fosses nasales (dangers du); cas de mort par méningite aiguë, par Wicart	400
Technique de la mise à nu du bulbe de la jugulaire, par R. Panse	192
Technique en oto-rhino-laryngologie (un nouveau procédé de), par Laurens	60
Téléphone (l'action du sur l'organe de l'ouïe), par Braunstein	194
Tératome du pharynx chez un enfant de 13 semaines, par Kan	614
Tératome sortant de la bouche d'un nouveau-né, par Meyjes	614
Terminaison d'un cas supposé de nodule laryngé. Epithélioma du larynx. Thyrotomie. Mort, par Chas.-H. Knight	197
Thrombo-phlébite du sinus caverneux compliquant un empyème du sinus sphénoïdal et des cellules ethmoïdales pris pour une thrombo-phlébite du sinus latéral, par Finlay	191

*Sociétés Savantes, see
last page of cover,*

Thrombo-phlébite otitique de la jugulaire avec abcès intra-veineux sus claviculaire, par Jacques	63
Thrombo-phlébite tuberculeuse, par Grossmann	285
Thrombo-phlébite tuberculeuse du sinus, par F. Grossmann	192
Thrombo-phlébites du golfe de la jugulaire interne, d'origine otique; leur traitement chirurgical, par Paul Laurens	114
Thrombose des sinus cérébraux d'origine auriculaire (quelques cas de), par le Dr Otto Piffle	387
Thrombose du sinus (sur la), par Voss	287
Thrombose otogène du sinus combinée avec un grand abcès extradural, par Zaalberg	614
Thrombose sinusale otogène (guérison d'une par intervention chirurgicale), par Kan	614
Trachéobronchoscopie et œsophagoscopie, par le Guisez	289
Traitement de l'ozène par les injections de paraffine, par Burger	613
Traitement de l'ozène par les injections de paraffine (résultats du), par Zaalberg	613
Traitement des déviations de la cloison nasale; résection sous-muqueuse, par N. Taptas	448
Traitement radical des suppurations du sac lacrymal (nouvelle méthode de), par Strazza	178
Traumatisme de l'oreille, par le prof. Boeke	384
Traumatismes de l'oreille (mode d'action et influence des), spécialement au point de vue de la médecine légale, par Tommasi	183
Troubles auditifs dans la fièvre (les), par Rugani	183
Troubles auditifs sans lésion de la voie acoustique, au cours de tumeurs cérébrales, par Souques	193
Troubles de l'audition (contribution à l'étude des), par Bruhl	625
Troubles gustatifs et affections de l'oreille moyenne, par Maier	386
Troubles olfactifs et gustatifs dans les otites, par Maier	286
Tuberculose de l'oreille moyenne, par Brieger	618
Tuberculose des amygdales, par H. Köplik	305
Tuberculose des fosses nasales (la), par Ch.-H. Knight	591
Tuberculose du larynx, par J.-W. Gleitsmann	594
Tuberculose du larynx (relations entre la et la tuberculose des poumons), par Fresc	203
Tuberculose du larynx (traitement de la, par la lumière solaire); proposition de technique par la lumière artificielle, par Sorgo	200
Tuberculose du lobule de l'oreille, par Raoult	93
Tuberculose du nez, par Klein	466
Tuberculose laryngée (deux cas de guérison par le traitement), par H. Barwell	611
Tuberculose laryngée (le traitement de la), par Solly	601
Tumeur adénoïde chez le vieillard (un cas de), par Van Swieten	92
Tumeur bénigne du larynx (un cas de), par Davis	172
Tumeur bénigne intralaryngée chez un enfant de 6 ans, par Kelson	174
Tumeur (grande) du larynx (fibrome) chez un homme de 64 ans, par W. Klein	468
Tumeur hémorragique du septum, par Roth	395
Tumeur pseudoleucémique de l'épipharynx, par Lénart	476
Tumeurs des arrières-fosses nasales ou du corps du sphénoïde (proposition pour atteindre les), par Moure	56
Utilisation des voies naturelles du sinus maxillaire pour le diagnostic de l'empyème et son traitement (de l'), par Trétrop	64

	Pages
Valeur pratique de l'index du crâne pour les opérations sur l'apophyse mastoïde (la), par Schilling	372
Variétés cliniques et traitement chirurgical des déviations de la cloison des fosses nasales, par F. Blanc	188
Vascularisation du labyrinthe des mammifères (contribution à la), par Hopmann	615
Vertige (signe objectif pour constater le), par Schwartz . . .	616
Vertige rotatoire chez les sourds muets (recherches sur le), par Frey et Hammerschlag	504
Vertige voltaïque (expériences sur le), dans la surdi-mutité par dégénérescence héréditaire, par Hammerschlag	474
Voix humaine (audition de la), par Quix	612
Voix humaine (intensité de la), par Zwaardemaker	612

JUL 17 1916

Sociétés Savantes.

- Amer Lar Rh xbb. Soc. June 1904 p 601
 Allemande, Natur & Medic, Sep 1904 p 615
 Autrichienne & Oologie, Nov, Dec 1904
 Jan 1905 p 470
 Belge Et Lar Rhin, June 1905 p 54
 p 79
 Berlin Biol, Feby, Mar, May, June 1904 p 285
 Nov, Dec 1904, Jan, Feby, Mar 1905 p 523
 Budapesth, Larzng, Apr, May 1905 p 425
 Danoise Et Lar Rh, Oct, Nov, Dec 1904
 Feby, Mar 1905 p 455
 Française Et Lar Rh, May 1905 p 41
 Hongroise Rhin Lar, Nov, Dec 1904 p 520
 Italienne Lar Et Rh, Oct 1904 p 175
 London Larzng, Apr, May, June
 Nov, Dec 1904, Jan, Feby 1905 p 17
 Mar 1905 p 505
 Munich Et Lar May 1904 p 515
 Netherlands Et Rhin Lar Apr 1904 p 512
 New York Acad Lar S, Apr, Nov 1904 p 591